



**БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА  
И КОММУНИКАЦИИ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**



УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ  
НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»



# БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И КОММУНИКАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

## Учебно-методическое пособие

*Рекомендовано учебно-методическим объединением по высшему  
медицинскому, фармацевтическому образованию Республики Беларусь  
в качестве учебно-методического пособия для студентов учреждения  
высшего образования, обучающихся по специальности  
1-79 01 01 «Лечебное дело»*

Под редакцией доктора медицинских наук,  
профессора А.Т. Щастного

Витебск, 2018

УДК 61+17]: 614.2(072)

ББК 51.1(4Бей)п

Б 63

*Гонорар за учебное пособие перечислен на благотворительный счет УЗ «Витебский областной специализированный дом ребёнка».*

Авторы: *А.Т. Щастный, В.С. Глушанко, С.П. Кулик, Т.В. Мишаткина, А.А. Герберг, М.Г. Королёв, И.А. Мартинкевич, А.М. Мясоедов, Н.У. Тиханович, А.Л. Церковский*

Рецензенты: кафедра общественного здоровья и здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (зав.кафедрой, доцент *Щавелева М.В.*); профессор кафедры социально-гуманитарных наук УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова», доктор философских наук, профессор *Слемнев М.А.*

**Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении :**  
**Б 63** учебно - методическое пособие / А.Т. Щастный [и др.] ; под ред. А.Т. Щастного. – Витебск : ВГМУ, 2018. – 310 с.

ISBN 978-985-466-879-6

Рассматриваются предмет, основные принципы и проблемы биомедицинской этики. Излагаются сущность и содержательные аспекты современной медицинской деонтологии. Раскрываются своеобразие, организация и способы коммуникации в здравоохранении.

Пособие предназначено для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по медицинским специальностям, при изучении дисциплины «Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении». Учебный материал структурирован в соответствии с новыми требованиями типовой программы.

Может использоваться магистрантами, аспирантами, соискателями ученых степеней и слушателями ФПК и ПК высших медицинских учреждений образования.

УДК 61+17]: 614.2(072)

ББК 51.1(4Бей)п

ISBN 978-985-466-879-6

© УО «Витебский государственный  
медицинский университет», 2018

## Содержание

<b>Предисловие</b> ( <i>А.Т. Щастный</i> ) .....	4
<b>1. Биомедицинская этика: статус, сущность и основные принципы</b> .....	5
1.1. Нравственные ориентиры медицинского знания и деятельности ( <i>С.П. Кулик</i> ).....	5
1.2. Биомедицинская этика: теоретические основы и принципы ( <i>Т.В. Мишаткина</i> ).....	21
<b>2. Проблемы биомедицинской этики</b> .....	43
2.1. Феномен жизни с позиций биоэтики. Этические и правовые аспекты репродукции человека ( <i>М.Г. Королёв</i> ) .....	43
2.2. Биоэтика смерти и умирания ( <i>А.М. Мясоедов</i> ) .....	60
2.3. Этические и правовые аспекты трансплантологии ( <i>А.Т. Щастный</i> ) .....	678
2.4. Этические проблемы медицинской генетики и геной инженерии ( <i>И.А. Мартинкевич</i> ) .....	86
2.5. Этико-правовое регулирование медико-биологических экспериментов на животных и человеке ( <i>Н.У. Тиханович</i> ) .....	100
<b>3. Деонтологические проблемы в контексте биомедицинской этики</b> .....	121
3.1. Современная медицинская деонтология ( <i>С.П. Кулик</i> ) .....	121
3.2. Деонтологические проблемы оказания медицинской помощи пациентам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, а также страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией ( <i>В.С. Глушанко, А.А. Герберг</i> ) .	1434
<b>4. Коммуникации в здравоохранении</b> .....	172
4.1. Коммуникации в деятельности медицинских работников ( <i>В.С. Глушанко, А.А. Герберг</i> ) .....	172
4.2. Лидерство и руководство ( <i>А.Л. Церковский</i> ) .....	188
4.3. Организация коммуникационного процесса в здравоохранении ( <i>В.С. Глушанко, А.А. Герберг</i> ) .....	195
4.4. Основные принципы построения успешного межличностного общения ( <i>А.Л. Церковский</i> ) .....	208
4.5. Методы формирования навыков коммуникации ( <i>А.А. Герберг</i> ) .....	214
4.6. Скрипты и техники коммуникаций ( <i>А.А. Герберг</i> ) .....	236
4.7. Технологии публичных выступлений ( <i>А.Л. Церковский</i> ) .....	250
4.8. Коммуникативные барьеры в процессе общения ( <i>А.А. Герберг</i> ) .....	255
4.9. Современные технологии информирования населения и пациентов ( <i>В.С. Глушанко, А.А. Герберг</i> ) .....	267
4.10. Особенности коммуникации с пациентами с различными нозологическими формами заболеваний ( <i>В.С. Глушанко</i> ).....	278
4.11. Особенности коммуникации в паллиативной медицине. Рекомендации и политика Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ( <i>В.С. Глушанко, А.А. Герберг</i> ) .....	293

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Стремительный прогресс биомедицинской науки и практики конца XX – начала XXI вв. в корне изменяет облик медицины как формы знания и деятельности. С технологизацией медицины изменилось понимание самой профессии врача. Ценностные и социальные основания современной медицины становятся все более глубокими и значимыми, а нравственные и коммуникативные качества актуализируются в качестве необходимых составляющих профессиональной компетентности врача.

В соответствии с образовательным стандартом высшего образования по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело» в цикле общепрофессиональных и специальных дисциплин введено преподавание учебной дисциплины «Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении».

Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении – учебная дисциплина, содержащая систематизированные научные знания о теоретических основах и организационных принципах биомедицинской этики и коммуникации в здравоохранении. Цель преподавания и изучения учебной дисциплины заключается в формировании у студентов моральных ценностей, осознанного нравственного отношения к жизни, здоровью и смерти человека, а также навыков коммуникации, разработки стратегий взаимодействия с пациентами и населением, со средствами массовой коммуникации.

Данное пособие направлено на методическое сопровождение самостоятельной работы студентов при изучении учебной дисциплины «Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении» и призвано выполнить роль навигатора в огромном море информации по соответствующим проблемам. Подчеркнут междисциплинарный характер курса: равная значимость этической, медицинской, правовой, социальной и психологической составляющих.

Пособие включает в себя учебно-методический материал, этико-правовые документы для ознакомления и изучения, темы докладов, рефератов и творческих проектов по каждой теме, а также перечень основной и дополнительной литературы. Учебный материал излагается в соответствии с новыми требованиями типовой программы.

Предназначено для студентов медицинских специальностей высших учебных заведений, изучающих дисциплину «Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении». Может использоваться магистрантами, аспирантами, соискателями ученых степеней высших медицинских учреждений образования, а также слушателями курсов повышения квалификации и переподготовки медицинских кадров.

# **1. БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА: СТАТУС, СУЩНОСТЬ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ**

## **1.1. НАВСТВЕННЫЕ ОРИЕНТИРЫ МЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

1.1.1. Своеобразие медицины. Цель и моральные основания медицинского знания и деятельности.

1.1.2. Этика и мораль. Профессиональная этика врача. Моральные кодексы медицинской этики.

1.1.3. Исторические этапы развития медицинской этики.

1.1.4. Биоэтика и биомедицинская этика: социокультурные предпосылки и предмет.

### **1.1.1. Своеобразие медицины. Цель и моральные основания медицинского знания и деятельности**

Медицина представляет собой особую форму знания и практической деятельности, *объектом которой выступает человек*. Однако в отличие от других конкретных наук, изучающих человека, *предмет медицинского исследования* и объяснения является, пожалуй, самым многогранным и сложным по своей объективной природе. В центре внимания медицины находится *нормальная и патологическая жизнедеятельность человека, а именно, его здоровье и болезнь*. Медицина выделяет в изучении человека все то, что имеет непосредственное отношение к его здоровью, стремясь тем самым избавить человека от болезней и страданий, вернуть его к нормальной жизнедеятельности. *Целью медицинского знания и деятельности является спасение жизни человека, помощь в достижении здоровья*. Таким образом, в познавательной и практической составляющих профессии врача именно ее моральное основание – «решительное действие на благо страдающего человека» – становится образующим началом медицинской деятельности.

О связи медицины с моралью свидетельствует значение самого слова «медицина» (от латинского «*medicina*»). Если сравнить близкие к «*medicina*» слова «*medicare*» и «*medicamen*», которые имеют по два значения: «лечить и отравлять» и, соответственно, «медикамент и яд, волшебство», то уже в этих значениях содержится предостережение о мере ответственности врача перед пациентом.

Суждение о том, что *нравственная культура врача – это не просто заслуживающее уважения свойство его личности, но и качество, определяющее его профессионализм*, остается общепризнанным и бесспорным со времен Гиппократов. Для медицинского познания и практики

всегда одинаково значимы как сами профессиональные знания, умения и навыки, так и система нравственных ценностей, которая лежит в их основании. *Сохранение жизни и укрепление здоровья человека выступают в качестве аксиологических (ценностных) оснований и нравственных ориентиров деятельности врача.*

Такое своеобразие медицины обусловило то, что она явилась единственной сферой человеческой деятельности, изначально подчиненной нравственным регулятивам профессиональной этики.

### **1.1.2. Этика и мораль. Профессиональная этика врача.**

#### **Моральные кодексы медицинской этики**

Термин «этика» происходит от древнегреческого слова *ethos*, которое первоначально (в частности, в «Илиаде» Гомера) означало «место пребывания, совместное жилище». Впоследствии оно приобрело новое значение – «обычай, характер». Отталкиваясь от этого значения термина *ethos*, Аристотель образовал прилагательное *ethicos* – «этический». Им он обозначил особый класс человеческих добродетелей, отличных от разума: мужество, умеренность, порядочность и т.д. Для обозначения науки, изучающей этические добродетели, Аристотель создал новое существительное *ethica*. Так в IV веке до н.э. этическая наука получила свое наименование, которое сохраняет до сих пор. Сам древнегреческий мыслитель определял этику как практическую философию, целью которой являются не знания, а поступки, и которая призвана дать руководящие идеи для поведения человека, способствовать его нравственному совершенствованию.

Латинским аналогом термина *ethos* является слово *mos*, которое переводится как «нрав, обычай, характер». Цицерон образовал от слова *mos* прилагательное *moralis*, а от него в IV веке н.э. возник термин *moralitas* – «мораль». Следовательно, по значению греческий термин *ethica* и латинский *moralitas* совпадают. В русском языке есть собственный термин с тем же значением – «нравственность».

В современном языке термин «этика» сохраняет первоначальный смысл и обозначает науку. Под моралью понимают явление, которое эта наука изучает. Вычленение этических норм проходило параллельно со становлением этики и последующим оформлением ее в науку.

*Этика – это наука, предметом изучения которой выступает мораль (нравственность) как система норм, принципов и идеалов, регулирующих поведение и отношение человека к обществу, другому человеку, самому себе.*

Этическое знание весьма многообразно. Ядро проблемного поля этики концентрируется вокруг следующих вопросов: Что есть добро и зло? добродетели и пороки? Что такое счастье? В чем смысл жизни? Что есть свобода, долг, совесть, любовь? и др. В то же время этика исследует не

только фундаментальные ценности и цели человеческой жизни, но и анализирует природу и внутреннюю структуру морали, изучает ее генезис и историческое развитие, исследует различные моральные системы, пытается обосновать мораль (доказать необходимость исполнения моральных требований), выясняет ее место и роль в системе других феноменов культуры.

Одна из областей этики представлена профессиональной этикой.

*Профессиональная этика* – это система моральных принципов и норм, регулирующих поведение специалиста на основе конкретизации общечеловеческих моральных ценностей к специфике профессиональной деятельности и конкретной ситуации. Профессиональная этика специализирована, носит прикладной характер и ее главными особенностями являются *корпоративность* (касается только представителей профессии и сочетает в себе плюсы солидаризма и минусы группового эгоизма), *асимметричность отношений* (власть специалиста и зависимость от его действий других людей), *специфичность проявления высших моральных ценностей* в той или иной профессиональной деятельности, наличие специально-профессиональных моральных норм и ценностей, выраженных в *моральных клятвах и кодексах*.

*Медицинская этика* считается одним из первых и наиболее традиционных видов прикладной профессиональной этики и *включает в себя принципы и нормы, регулирующие поведение всех медицинских работников при выполнении профессиональных обязанностей*. Медицинская этика носит преимущественно корпоративный характер, так как преобладающее внимание в ней отводится нравственным нормам, регулирующим взаимоотношения врача и пациента, а также взаимоотношений «внутри» медицинской профессии: врач – врач, врач – провизор, врач – медсестра. Составной частью медицинской этики является *врачебная этика* – нравственные принципы поведения врача.

Основы медицинской этики были заложены еще в древние времена. Так, уже в VI—V в. до н.э. в древнеиндийском народном эпосе «Аюр-Веды» («Знание жизни») сформулированы этические требования, предъявляемые к врачам: врач должен обладать высокими моральными и физическими качествами, быть сострадательным, доброжелательным, никогда не терять самообладания, иметь много терпения и спокойствия. Автором одной из этих книг был крупный хирург того времени Сушрута. Сушрута указывал, что лекарство в руках знающего человека подобно напитку бессмертия и жизни, в руках невежды — огню и мечу. Известный врач древней Греции, знаменитый Гиппократ (ок. 460 – ок. 370 гг. до н. э.) в своем трактате «О враче» сформулировал основные принципы взаимоотношений врача и больного и описал высокий моральный облик врача: «Ему прилично держать себя чисто, ...быть благоразумным, справедливым при всех обстоятельствах». Гиппократ требовал от врача



«презрения к деньгам, совестливости, скромности, простоты в одежде, решительности, опрятности, знания всего того, что полезно для жизни, и иметь отвращение к пороку» (*Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления.* – Мн., 1998).

Любая профессиональная деятельность имеет свои ценности, законы, обычаи, моральные нормы, нравственные обязательства, отношения, которые составляют этический кодекс данной профессии. Медицинская деятельность первой выработала свой профессиональный кодекс поведения. Одним из самых древних медико-этических документов является всем известная «*Клятва Гиппократа*». Изложенные в ней нормы поведения врача, не только отражают специфику отношений в конкретную историческую эпоху, но и наполняются глубоким нравственным содержанием, которое не зависит от времени и места реализации этих норм. Это обусловлено целями и задачами врачевания, в силу чего они во многом актуальны и сегодня, пусть и несколько изменяясь, приобретая свой стиль, особую форму выражения в том или ином современном этическом документе.

Примером современного морального кодекса профессиональной медицинской этики могут служить «*Международный кодекс медицинской этики*» (принят 3-ей Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации в 1949 г.), «*Кодекс врачебной этики*», принят I съездом врачей Республики Беларусь (1998) и «*Клятва врача Республики Беларусь*» (О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 №2435-XII: в редакции Закона Республики Беларусь от 20.06.2008 № 363-З. с изм. и доп., ст. 55), в которых отражены принципиально важные, необходимые и общезначимые для каждого врача морально-этические и правовые нормы и принципы взаимоотношений между врачом и участниками лечебного процесса (пациентом, его родственниками, коллегами и др.) (*Все эти и другие первоисточники и этико-правовые документы приведены ниже в отдельном разделе*).

### **1.1.3. Исторические этапы развития медицинской этики. Становление и формирование биоэтики и биомедицинской этики**

В историческом аспекте нравственные ориентиры медицинской деятельности нашли свое отражение в четырех этических моделях, имеющих свои ключевые моральные принципы.

**Модель Гиппократа и принцип «Не навреди».** Исторически первой формой медицинской этики стали уже упомянутые выше моральные принципы и нравственные нормы врачевания, изложенные **Гиппократом** (ок. 460 – ок. 370 гг. до н. э.) в его известной «Клятве», а также в книгах «Закон», «О враче», «Наставления» и др. Поэтому вовсе не случайна характеристика Гиппократа как «отца медицины». В ней фиксируется рождение профессиональной медицинской этики.

В культурах Древнего мира (индийской, египетской, вавилонской, персидской, иудейской, греческой) способность врачевать долгое время указывала на «божественную» избранность целителя и определяла его особое, как правило, элитное положение среди других людей. Так, многие исследователи полагают, что и отец Гиппократ был одним из жрецов древнегреческого бога врачевания Асклепия. Только к середине I тысячелетия до нашей эры происходит становление греческой светской медицины. Это было обусловлено как накоплением опыта врачевания, так и влиянием рационального знания, господством демократических принципов в общественной жизни городов-государств Древней Греции. Это привело к тому, что постепенно, но неизбежно, моральные профессиональные гарантии и обязательства лекарей перед пациентами приходят на смену освященным и необсуждаемым правам врачующих жрецов. Впервые четкая формулировка обязанностей врачей перед больными и своими коллегами как раз и дается в Клятве Гиппократа.

*Часть медицинской этики, где рассматривается проблема взаимоотношений медицинского работника и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества, определяют как «модель Гиппократа».* Принципы, заданные этикой Гиппократа, означают осознание врачебным сословием своей особой включенности в общественную жизнь и представлены совокупностью следующих обязательств:

- 1) обязательства перед учителями, коллегами и учениками,
- 2) гарантии непричинения вреда,
- 3) гарантии оказания помощи,
- 4) обязательства проявления уважения к пациенту,
- 5) обязательства проявления справедливости,
- 6) отрицательное отношение к эвтаназии,
- 7) отрицательное отношение к абортам,
- 8) отказ медицинских работников от интимных связей с пациентами,
- 9) забота о пользе больного,
- 10) соблюдение врачебной тайны.

Со временем нравственный опыт и история врачевания гарантии «не причинения вреда» превращают в этический принцип «Не навреди» как основополагающий для модели Гиппократа. Этот принцип становится исходной профессиональной этической нормой, принятие которой стало условием и основанием признания медицинского сообщества как обществом в целом, так и отдельным человеком, доверяющим врачу свою жизнь и здоровье.

**Модель Парацельса и принцип «Делай добро»** стали второй исторической формой медицинской этики. Она начала складываться под влиянием христианского мировоззрения в средние века и была наиболее точно выражено в эпоху Возрождения **Парацельсом** (1493-1541 гг.).

Принимая христианскую норму «возлюби ближнего своего как самого себя», «любите врагов ваших», Парацельс наставлял будущих врачей: «Сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства – любовь».

*Врачевание как целенаправленное осуществление добра становится основой «модели Парацельса» как формы медицинской этики. Моральный принцип «Делай добро», «твори любовь», благодеяние и милосердие определяют нравственное отношение к пациенту и всю стратегию поведения врача.*

Признание значимости душевного контакта врача и пациента, включенность его в лечебный процесс отличают модель медицинской этики Парацельса от гиппократовской: не только завоевывать социальное доверие и доверие пациента, а, прежде всего, руководствоваться любовью и эмоционально-психологическим сопереживанием к больному.

*Деонтологическая модель и принцип «Соблюдения долга» – третья историческая форма медицинской этики. Ее становление относится к периоду Нового времени. В это время происходит выделение естественных наук и переосмысление значения медицины как науки и ее роли в обществе. Целью медицины теперь становится не только индивидуальное, но и общественное здоровье. Медицинская этика оформляется как система развернутых конкретных моральных обязанностей врача, регулирующих его профессиональную деятельность. Работы авторов этой эпохи, в особенности **Т. Персиваля** (1740–1804), отразили множество разных аспектов внутриврачебных взаимоотношений в медицине.*

Термин «деонтология» (от греч. deontos – должное, надлежащее) впервые вводит в этику английский философ, юрист **И. Бентам** (1742–1832), а в условиях становления, дифференциации и развития медико-биологического естествознания XIX – первой половины XX вв., сопровождаемых специализацией медицины и появлением все новых медицинских профессий, деонтология *предстает как совокупность конкретных норм и принципов морали применительно к определенной медицинской специальности.* Поскольку врачебные специальности существенно различаются, постольку деонтологические требования, регулирующие практическую деятельность врачей-специалистов, имеют свои специфические особенности (различают деонтологию терапевта, хирурга, педиатра, психиатра и др.). В то же время области специальных деонтологий дополняются общей деонтологией на основе принципа «соблюдения долга» врачом перед обществом и пациентом, что предполагает право медиков на профессиональные достоинство и честь.

*Деонтологическая модель медицинской этики – это совокупность «должных» правил, соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики, и обязательных для всех участников лечебного*

*процесса. Деонтологическая модель включает в себя свод точно сформулированных правил поведения, которые на сегодня разработаны практически для каждой медицинской специальности.*

Основополагающим принципом деонтологической модели медицинской этики становится принцип «Соблюдения долга». Должный поступок врача соответствует определенным требованиям, которые предъявляются ему как со стороны общества в целом и медицинского сообщества, так и со стороны собственной воли, разума и совести врача. Принцип «Соблюдения долга», реализуемый в совокупности точно сформулированных правил поведения для каждой медицинской специальности, не допускает каких-либо оправданий при невыполнении этих правил. Таким образом, идея долга становится в деонтологической модели этики врача необходимым и достаточным основанием деятельности медицинского работника. Только тот человек соответствует избранной им профессии врача, который действует исходя из безусловного требования «долга». Если же этого не случается, то такой человек должен покинуть данное медицинское профессиональное сообщество.

**Биоэтическая модель и принцип «Уважения прав и достоинства человека».** В последней трети XX века начинается новый этап в развитии медицинской этики. Она перестает быть сугубо корпоративной и становится частью биоэтики и биомедицинской этики, которые предполагают широкое общественное обсуждение проблем, возникающих в результате стремительного прогресса биомедицинских технологий, и начинают рассматривать медицину в контексте прав и свобод человека.

Реальностью современного общества плюрализма и массового потребления становится конфликт ценностей, принципов и прав людей и их сообществ, а по сути – человеческих жизней и судеб культуры. Это не могло не привести к трансформации традиционной медицинской этики и деонтологии. Если на уровне деонтологической модели врач и другие медицинские работники руководствуются в своей практике определенным набором должных этических норм и правил, то в биомедицинской этике именно конфликт прав и ценностей становится определяющим (например, конфликт «права плода на жизнь» и «права женщины на аборт», «права производителя лекарств на получение прибыли» и «права пациента на доступное лекарственное обеспечение»; ценности «достойной смерти» для правового сознания пациента и морального принципа «не навреди», заповеди «не убий» для врача).

*Принцип уважения прав и достоинства человека становится основополагающим моральным принципом биомедицинской этики.*

Рассмотрение основных этапов становления и развития биомедицинской этики в их взаимосвязи показало, что ее основными историческими формами являются модель Гиппократ, модель Парацельса, деонтологическая модель и современная биоэтическая модель. Однако,

несмотря на неизбежные различия проанализированных исторических форм, *все они представляют собой уникальные явления культуры и являются логически целостной системой биоэтического знания, так как основаны на ценности жизни и здоровья человека.* И хотя модель Гиппократов и модель Парацельса сформировались в диаметрально противоположных мировоззренческих культурах – языческой и христианской, они теснейшим образом связаны между собой. Все обязательства «Клятвы Гиппократов» логически сопряжены с основным законом христианской этики – «возлюби ближнего твоего, как самого себя». Великим моралистам прошлого были неизвестны такие уникальные медицинские технологии и лечебные средства, которые создаются в рамках современных биомедицинских исследований. В то же время, несмотря на благие цели, к достижению которых стремятся современные биомедицинские технологии, современная биомедицинская этика предостерегает: если практическое применение биомедицинских технологий не будет соответствовать принципам и ценностям традиционной профессиональной медицинской этики – милосердию, любви и состраданию, то человеку и обществу может быть нанесен непоправимый урон и вред.

Таким образом, основополагающие морально-этические принципы исторических моделей биомедицинской этики связаны между собой и являются реальными ее элементами как целостной системы биоэтического знания. Эти принципы составляют ценностно-нормативное содержание *биомедицинской этики как современной формы профессиональной этики медицинского сообщества и как специальной отрасли биоэтики, когда проблемы обеспечения права человека на жизнь и здоровье решаются не только на профессионально-корпоративной, но и на более широкой социальной основе, с привлечением представителей других профессий и широкой общественности.*

#### **1.1.4. Биоэтика и биомедицинская этика: социокультурные предпосылки и своеобразие предмета**

Становление в 60-70 годы XX века биоэтики и биомедицинской этики как новых форм научного знания было обусловлено необходимостью выработки этических ориентиров человеческой деятельности, основанных на ценности Живого, Человека, его жизни и здоровья.

*Социокультурные предпосылки* появления биоэтики весьма многообразны.

1. Обнаружившиеся к середине XX века негативные последствия научно-технического прогресса резко обнажили противопоставленность естественнонаучной, социальной и гуманитарной составляющих культуры. Постепенно происходит осознание человечеством того, что технический, научный, экономический, социально-политический прогресс должен быть

дополнен *духовным, нравственным прогрессом*. В философском и научном осмыслении это проявилось в концепциях биосферы, ноосферы и этосферы, когда, соответственно, жизнь, разум и нравственность становятся факторами коэволюции Человека и Вселенной.

2. Качественные изменения в науке привели к становлению в последней трети XX века *постнеклассической науки*, которая включила в сферу своего рассмотрения «человекоразмерные» объекты. В ткань всей современной науки входят непривычные для классической науки блага человека и человечества, морали и добра, долга и ответственности за полученные результаты. Ценности человека становятся сопряженными научной истине, а аксиологическая компонента становится неотъемлемой компонентой научного исследования. Актуализируются проблемы этики науки и социальной ответственности ученых.

3. К этому же времени становятся актуальными необходимость и потребность осмысления и нравственной оценки *научных достижений в сфере биологии и медицины*. Грандиозные изменения в их техническом и технологическом перевооружении, кардинальные сдвиги в медико-клинической практике, появление новейших биотехнологий, успехи генной инженерии, возможности трансплантологии и длительного поддержания жизни умирающего пациента – явственно продемонстрировали недопустимость отношения к человеку только как к объекту наблюдения, экспериментирования и манипулирования. Необходимость совершенствования и нового переосмысления *этико-гуманистических факторов* профессиональной деятельности медиков и биологов все более актуализируется.

4. *Защита прав человека* при его соприкосновении – вынужденном или добровольном – с медико-биологическими воздействиями и манипуляциями становится фундаментальной проблемой современных биомедицинских исследований. Забота о жизни и здоровье становится правом *каждого человека*, перестает быть правом ограниченного круга лиц (медиков и биологов), которые ранее считали это своей корпоративной профессиональной привилегией.

В своей совокупности все это обусловило процесс *трансформации этики* вообще и *медицинской этики* в частности. В условиях переоценки традиционных ценностей именно *этика* более других гуманитарных наук подходит на роль базовой основы гуманизации всей человеческой, в том числе и биомедицинской деятельности.

Первым отчеканил термин «биоэтика» и ввел его в употребление известный онколог **Ван Ренсселер Поттер** в 1971 году в книге «Биоэтика: мост в будущее». Вводя данное понятие, он подчеркивал, что биоэтика должна стать «новой дисциплиной, соединяющей в себе биологические знания и познание системы человеческих ценностей». «Я выбрал, – писал он, – корень *bio* для символизации биологического знания, науки о живых

системах, и Ethics для символизации познания системы человеческих ценностей» [Поттер, В.Р. Биоэтика. Мост в будущее / В.Р. Поттер – Киев, 2002. – С.5]. По словам Поттера, образовавшаяся пропасть между этическими ценностями человеческой культуры и биологическими основами, фактами его существования, лежащими в основе научно-технического прогресса, стали угрожать человечеству и самому существованию жизни на Земле. Именно поэтому он назвал биоэтику наукой выживания (science of survival). По его мнению, единственное, что может спасти нас от неизбежной катастрофы, это создание «моста» между двумя культурами – научной и нравственно-гуманитарной. Определение биоэтики как науки выживания приобретает широкий, философско-мировоззренческий смысл. Поттер рассматривал биоэтику как новый вид мудрости, призванный указать, как пользоваться научным знанием для обеспечения выживания человека и человечества.

В то же время, осознание вмешательства человека во внешнюю природу, биосферу после открытий в сфере генетики человека, появление генной инженерии и успехов трансплантологии, дополнилось осознанием вмешательства человека в свою собственную биологию, во внутреннюю природу, что может угрожать здоровью человека. Это позволило **У.Т. Райху** в «Энциклопедии по биоэтике» (1978 г.) определить биоэтику как «систематическое исследование человеческого поведения в рамках наук о жизни и здоровье, проводимое в свете нравственных ценностей и принципов». В те же 80-е годы XX в. биоэтика получила новый научный импульс в работах знаменитого акушера голландского происхождения **Андре Хеллегерса**, который указал на междисциплинарный характер биоэтики: биоэтика для него – это майевтика, т.е. наука способная обрести смысл лишь в процессе диалога ее с медициной, философией и этикой.

Таким образом, введение в науку понятия «биоэтика» было связано с необходимостью и потребностью осмысления и нравственной оценки бурно развивавшихся биомедицинских исследований, их достижений и проблем, возникших в середине XX века. Появляется биоэтика на фоне и при наличии действующей тысячелетия медицинской этики. *Биоэтика на основе принципа благоговения перед жизнью ориентирует человека на выработку и установление нравственно-понимающего отношения к Жизни и Иному Живому, на заботу о правах биоса* [биос (биота) (от греч. biote – жизнь) – целостная совокупность живого на Земле].

*Биомедицинская этика* представляет собой наиболее развитое в теоретическом и практическом отношении направление биоэтики. Формирование и развитие биомедицинской этики связано с процессом трансформации традиционной этики вообще и медицинской этики в частности. *Предметом биомедицинской этики выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов-медиков в особенности к Человеку – его жизни, здоровью, смерти. Биомедицинская этика ставит*

*перед собой задачу сделать охрану этих ценностей приоритетным правом каждого человека.*

Понятия биоэтики и биомедицинской этики часто отождествляют. Вместе с тем при строгом подходе возможно и желательно разграничение этих понятий, прежде всего, по объему и глубине предмета моральной регуляции. Разработка нравственных норм и принципов, регламентирующих практические действия людей по исследованию природы и человека, моральных критериев социальной деятельности по преобразованию окружающей среды, оценка роли и места человека в рамках биологической реальности, теоретических оснований концепции коэволюции общества и природы, статуса категорий жизни и смерти — таков диапазон биоэтики, основанной на достаточно расширительной трактовке ее проблемного поля и предмета. *Биоэтика* в качестве общего глубже и сущностней затрагивает проблемы жизни любого Живого; *биомедицинская этика конкретизирует принципы биоэтики применительно к Человеку, его жизни и здоровью.*

Взаимосвязь биомедицинской и медицинской этики - проблема, вызывающая разночтения среди специалистов. *Биомедицинская этика, будучи по определению шире медицинской, включает в себя последнюю и простирается за ее пределы. Во-первых,* биомедицинская этика рассматривает проблемы ценностного характера, свойственные всем профессиям, связанным с Живым, включая профессии биологов, медиков и смежные с ними — психологов, экологов и др. *Во-вторых,* она накладывает отпечаток на все биомедицинские исследования вне зависимости от того, имеют ли они прямую связь с лечением больных. *В-третьих,* она включает широкий спектр социальных вопросов, связанных с общественным здравоохранением, безопасностью труда, контролем за популяционными процессами. *В-четвертых,* она выходит за рамки жизни и здоровья человека, касаясь проблем существования животных и растений, вопросов экспериментирования на животных и соблюдения экологических требований.

Биомедицинская этика носит интегративный характер, концентрируя в себе общие биоэтические проблемы, требования «традиционной» медицинской этики и «новые» этические коллизии, связанные с развитием медицины и биотехнологий. Конкретные биомедицинские ситуации и казусы она превращает в прецеденты, становящиеся основанием для философских обобщений, этических выводов и последующих рекомендаций и правовых норм.

Сфера биомедицинской этики не ограничивается только исследованиями. Она в значительной степени ориентирована на процессы принятия решений и поэтому бывает трудно провести черту между исследованием той или иной ситуации и практическим действием в ее рамках.



Существует еще одно важное отличие «новой» биомедицинской этики от «традиционной» медицинской этики. Медицинская этика – этика, преимущественно, профессиональная, можно даже сказать, корпоративная. Преобладающее внимание она уделяет правам и обязанностям врача по отношению к пациентам, а также нормативному регулированию взаимоотношений «внутри» медицинской профессии. Вмешательство непрофессионалов при этом если и допускается, то сводится к минимуму, к исключительным случаям. Этические же вопросы биомедицины решаются не на корпоративной, а на иной, более широкой основе, с привлечением представителей других профессий, а иногда и широкой общественности.

Вместе с тем биомедицинская этика не противопоставляет себя медицинской этике, они просто становятся взаимно дополняемыми. Общей основой и биомедицинской этики, и «традиционной» медицинской этики – как *профессиональных этик* – выступает, прежде всего, их *гуманистическая значимость*. В то же время биомедицинская этика привносит в профессиональную медицинскую этику измерение *социальной и гуманитарной ответственности*, ориентируя ее на общее благо и уважение прав и свобод человека.

Таким образом, каждый из рассмотренных видов этики имеет свою специфику, не позволяющую отождествлять их. Вместе с тем при всех различиях и специфике они по своим целям, задачам и проблемам настолько близки друг другу и взаимодополняют друг друга, что имеет смысл рассматривать их в диалектической триаде: **«биоэтика–биомедицинская этика – медицинская этика»**. В такой интерпретации в качестве методологической основы их взаимосвязи и взаимообусловленности выступают те общечеловеческие моральные ценности и принципы, которые выработаны социумом, составляют основу его жизнедеятельности и обретают свою специфику в сфере биологии и медицины.

## **Первоисточники и этико-правовые документы**

### **ГИППОКРАТ**

#### ***О враче***

1. Врачу сообщает авторитет, если он хорошего цвета и хорошо упитан, соответственно своей природе, ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других. Затем, ему прилично держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это обыкновенно приятно для больных. Должно также ему наблюдать все это и в отношении духа; быть благоразумным не только в том, чтобы молчать, но также и в остальной, правильно устроенной жизни. И это наиболее принесет ему

помощь для приобретения славы. Пусть он также будет по своему нраву человеком прекрасным и добрым и, как таковой, значительным и человеколюбивым. Ибо поспешность и чрезмерная готовность, даже если бывают весьма полезны, презираются. Но должно наблюдать, когда можно пользоваться всем этим, ибо одни и те же приемы у одних и тех же (больных) ценятся, когда они редки. Что касается до внешнего вида врача, пусть он будет с лицом, исполненным размышления, но не суровым, потому что это показывает гордость и мизантропию. Тот врач, который изливается в смехе и сверх меры весел, считается тяжелым, и этого должно в особенности избегать. Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах, ибо во многих делах нужна бывает помощь справедливости, а у врача с больными – немало отношений: ведь они поручают себя в распоряжение врачам, и врачи во всякое время имеют дело с женщинами, с девицами и с имуществом весьма большой цены, следовательно, в отношении всего этого врач должен быть воздержанным. Итак, вот этими-то доблестями души и тела он должен отличаться.

### ***О благоприличном поведении***

5. Поэтому должно, собравши все сказанное в отдельности, перенести мудрость в медицину, а медицину в мудрость. Ведь врач-философ равен богу. Да и немного в самом деле различия между мудростью и медициной, и все, что ищется для мудрости, все это есть и в медицине, а именно: презрение к деньгам, совесть, скромность, простота в одежде, уважение, суждение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку, отрицание суеверного страха пред богами, божественное превосходство. То, что они имеют, они имеют против невоздержанности, против корыстолюбивой и грязной профессии, против непомерной жажды приобретения, против алчности, против хищения, против бесстыдства. В ней заключается знание доходов и употребление всего того, что относится к дружбе, к детям, к имуществу. С этим познанием также соединена некоторая мудрость, так как и врач имеет многое из всего этого.

7. Итак, когда все это имеется, врачу следует иметь своим спутником некоторую вежливость, ибо суровость в обращении мешает доступности к врачу как для здоровых, так и для больных. Особенно же ему должно наблюдать за самим собой, чтобы не обнажать многих частей тела и чтобы с людьми не заводить разговоров о многих предметах, а только о необходимых, ибо это считается некоторым насильственным побуждением к лечению. Ничего не надо делать ни излишнего, ни для воображения. Смотри, чтобы все у тебя было приготовлено для удобного действия, как следует; иначе когда будет нужда, то окажется неприятное затруднение.

### ***Наставления***

4. Также и это требует напоминания в нашем рассмотрении. Если ты поведешь сначала дело о вознаграждении, – ведь и это имеет отношение ко всему нашему делу, – то, конечно, наведешь больного на мысль, что, если не будет сделано договора, ты оставишь его или будешь небрежно относиться к нему и не дашь ему в настоящий момент совета. Об установлении вознаграждения не следует заботиться, так как мы считаем, что обращать на это внимание вредно для больного, в особенности при остром заболевании: быстрота болезни, не дающая случая к промедлению, заставляет хорошего врача искать не выгоды, а скорее приобретения славы. Лучше упрекать спасенных, чем наперед обирать находящихся в опасности.

8. [...]Нет ничего постыдного, если врач, затрудненный в каком-либо случае у больного и не видя ясно, по причине своей неопытности, просит пригласить других врачей, с которыми он мог бы совместно выяснить положение больного и которые посодействовали бы ему найти помощь. В болезни, протекающей медленно, когда зло усиливается, в этот момент, вследствие трудности положения, много вещей ускользает от внимания. Нужно поэтому в данном случае иметь твердую уверенность, ибо я никогда не признаю, что искусство произнесло здесь окончательное решение. Врачи, вместе осматривающие больного, не должны ссориться между собою и высмеивать друг друга. Ибо, я с клятвою заверяю, что никогда суждение одного врача не должно возбуждать зависти другого; это значило бы показывать свою слабость: соседи по ремеслу на площади склонны делать это. Однако не ложно то, что думают об успехе консультаций, ибо во всяком изобилии лежит недостаток.

9. Кроме всего этого, очевидным и великим доказательством существования искусства будет, если кто, устанавливая правильное лечение, не перестанет ободрять больных, чтобы они не слишком волновались духом, стараясь приблизить к себе время выздоровления. Ведь мы руководимся всем тем, что нужно для здоровья, и, получая предписания, больной не совершит ошибки. Но сами больные, по причине своего плачевного положения, отчаявшись, заменяют жизнь смертью. Тот же, кому поручена забота о больном, если покажет все открытия искусства, сохраняя природу, а не изменяя ее, устранит горечь настоящего положения или мгновенное недоверие[...]

*Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления. – Мн., 1998.*

## КЛЯТВА ГИППОКРАТА

Клянусь врачующим Аполлоном, Эскулапом, Гигиеей и Панакеей, всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и Письменное обязательство.

Считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никакому другому.

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

*(Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления. – Мн., 1998)*

## ЖЕНЕВСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ (МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛЯТВА ВРАЧЕЙ)

*Принята 2-ой Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, в сентябре 1948 года, дополнена 22ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 года и 35ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года.*

Вступая в медицинское сообщество, я добровольно решаю посвятить себя нормам гуманности и клянусь:

На всю жизнь сохранить благодарность и уважение к своим учителям.

Исполнять свой профессиональный долг по совести и с достоинством.

Здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением.

Уважать доверенные мне секреты даже после смерти моего пациента.

Делать все, что в моих силах, для поддержания чести и благородных традиций медицинского сообщества.

Коллеги будут мне братьями.

Не позволить соображением религиозного, национального, расового, партийно-политического и социального характера встать между мной и моим пациентом.

Я буду проявлять абсолютное уважение к человеческой жизни с момента зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую своих медицинских знаний в ущерб нормам гуманности.

Я принимаю эти обязательства обдуманно, свободно и честно.

## **КЛЯТВА ВРАЧА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

(Статья 55. Закон Республики Беларусь о здравоохранении)

Лица, получившие высшее медицинское образование в государственных учреждениях, обеспечивающих получение высшего медицинского (фармацевтического) образования, при вручении им документов об образовании установленного образца принимают в торжественной обстановке клятву врача Республики Беларусь:

«Клянусь в любое время помогать каждому пациенту независимо от его социального происхождения, вероисповедания и национальности, всегда хранить врачебную тайну, постоянно совершенствовать свои медицинские знания и врачебное искусство, содействовать своим трудом развитию медицинской науки и практики, обращаться, если этого требуют интересы пациента, за советом к своим коллегам и самому никогда не отказывать им в совете и помощи, беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, всегда помнить о высоком призвании врача, об ответственности перед белорусским народом и государством. Верность этой клятве обещаю пронести через всю свою жизнь».

### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Этика как учение о морали – теоретический базис биоэтики.
2. Сущность, структура и функции морали.
3. Мораль и право.
4. Клятва Гиппократова и современные этические кодексы.
5. Христианские моральные ценности и медицинская этика.

6. Идеи благотворительности в медицине Беларуси.
7. Проблемы медицинской этики в «Записках врача» В.В. Вересаева.
8. Медицинская этика в художественных произведениях Чехова А., Булгакова М.
9. В.Ф. Войно-Ясенецкий. Духовное в медицине.
10. Деонтология Н.Н. Петрова.
11. Роль Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) в развитии современной медицинской этики.
12. Социокультурные предпосылки становления биоэтики как нового типа мышления.
13. Происхождение термина, проблемное поле и определение биоэтики.
14. Биоэтика как практическая философия человеческой жизнедеятельности.
15. Дифференциация и основные разделы биоэтики.
16. Причины выделения биомедицинской этики в самостоятельную науку.
17. Своеобразие предмета и содержание биомедицинской этики.
18. Исторические и логические модели биомедицинской этики

## **1.2. БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРИНЦИПЫ**

1.2.1. Концептуальная модель и проблемное поле биомедицинской этики.

1.2.2. Универсальные принципы биомедицинской этики.

1.2.3. Нормы и правила биомедицинской этики.

### **1.2.1. Концептуальная модель и проблемное поле биомедицинской этики**

Биомедицинскую этику, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов – медиков и биологов – к человеку, его жизни, здоровью, смерти как в процессе лечения так и в ходе проводимых с его участием исследований, отличают междисциплинарность и системность ее теоретических (концептуальных) положений.

**Концептуальная модель биомедицинской этики** включает следующие аспекты:

- *нормативный*, в рамках которого исследуются специфика и «работоспособность» *общечеловеческих моральных ценностей* в медицине;
- *ситуативный*, обосновывающий необходимость морального выбора и принятия решений в различных *биомедицинских ситуациях и казусах*;

– *экспериментальный*, предполагающий распространение моральных принципов на *биомедицинские исследования* и их этическую экспертизу;

– *деонтологический*, регулирующий *функции и принципы поведения медика* во взаимоотношениях по вертикали (в системе «врач-больной») и по горизонтали (в системе «врач-врач»);

– *институциональный*, связанный с необходимостью решения социальных и профессиональных проблем здравоохранения и ролью *биоэтических комитетов как специальных институтов* в этом процессе.

Определение этих аспектов позволяет очертить контуры ***проблемного поля*** и выявить ***круг нормативно-этических проблем***, которыми, с одной стороны, биоэтика и биомедицинская этика призваны заниматься как наука и которые, с другой стороны, должны быть предметом особой заботы в процессе формирования моральных установок специалистов-медиков. Причем выявляется не один, а несколько «кругов» проблем, которые, переплетаясь и взаимно дополняя друг друга, определяют *содержание* биомедицинской этики (БМЭ). Основными проблемными кругами БМЭ являются следующие:

1) модификация традиционных моральных принципов и ценностей в профессиональной деятельности медицинских работников и биологов – *нормативно-этический круг*;

2) нравственные коллизии в конкретных ситуациях – казусы, возникающие в процессе биомедицинских исследований и лечения больных – *ситуативный круг*;

3) «новые» межличностные отношения в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере современной медицины – *деонтологический круг*.

*Первый круг проблем биоэтики – нормативно-этический* – связан с необходимостью проследить, как могут и должны проявлять себя в медицинской деятельности или биологических исследованиях – на теоретическом и практическом уровнях – *общечеловеческие моральные ценности и принципы*, как регулируют они нормы поведения врача и исследователя, выступая основой «стратегии и тактики» их профессионального выбора. Здесь, в свою очередь, выделяются два этических аспекта.

1. Однозначное выявление сущности и критериев *Жизни* и *Смерти* человека как высших общечеловеческих ценностей. До сегодняшнего дня нет единства в их понимании, что трагически сказывается на судьбах людей, ждущих, например, пересадки донорских органов от умерших людей. Решение этой задачи, которое должно стать делом совокупных усилий медиков, философов, этиков, юристов, представителей религиозных конфессий, даст возможность определиться в решении вопроса о *праве человека на достойную жизнь и праве на достойную смерть*.

Решение этого вопроса, в свою очередь, выступает необходимым основанием практической деятельности специалистов в сфере трансплантации, реанимации, репродуктивных технологий и др. Особенно актуальной является проблема *границы жизни и смерти*. Сегодня огромное количество философских, юридических, медицинских работ посвящается так называемому *праву человека на смерть*, связанному с «пограничными ситуациями» его жизни.

2. Проблема активного включения в клиническую и исследовательскую практики в качестве руководства к действию высших моральных ценностей, таких как *Добро и Зло, Страдание и Сострадание, Долг и Совесть, Честь и Достоинство, Свобода и Ответственность*. Преломленные сквозь призму профессиональной деятельности медика, эти ценности обретают особую специфику, что зачастую приводит к кардинальному рассогласованию их восприятия и оценки между «обычными» людьми (пациентами) и специалистами. Сложность заключается в том, что здесь мы сталкиваемся с феноменом, который не привычен для мышления «естественника», но является атрибутом морально-этических суждений: это их *субъективность и относительность*.

Особенно наглядно это видно на примерах добра и зла, проявляющих в сфере медицины свою нерасторжимую связь; страдания и сострадания, демонстрирующих иногда неизбежность и даже полезность первого и сомнительное значение и опасность второго; свободы, дающей медику и биологу-исследователю право на риск, а поэтому и на ошибку, но и налагающей на них высокую ответственность. При этом большинство проблем и особенностей проявления высших моральных ценностей в медицине носят «открытый» характер: это значит, что они ставят и исследователя, и пациента перед *выбором*, который не является однозначным и простым и может быть одинаково мучительным для обеих сторон. Вместе с тем наличие и необходимость выбора порождает и определенное противоречие: вариативность выбора входит в конфликт с требованиями нормативной регуляции, которая, напротив, предполагает однозначность решения, особенно если речь идет о правовой регуляции.

*Второй круг проблем биоэтики – ситуативный* – связан со спецификой, развитием и современными достижениями медицины, которые проявляются каждый раз в конкретных, неповторимых случаях и сказываются на человеческой судьбе. Одной из особенностей биоэтики как раз и является то, что она сконцентрирована преимущественно на анализе этих отдельных случаев – *медицинских казусов*, затрагивающих жизнь и здоровье человека, и призвана выявить и проанализировать моральные стороны конкретных ситуаций. Многочисленность и вариативность подобных ситуаций и порождает так называемые «открытые» вопросы. К их числу относятся:



– проблема эвтаназии, ставшая столь актуальной в результате небывалых достижений медицины по продлению жизни человека и зачастую его страданий;

– проблемы трансплантации и связанные с ними проблемы реанимирования;

– нравственно-правовые проблемы искусственного оплодотворения и прерывания беременности, установления критериев нормы и патологии человеческого зародыша;

– проблема предвидения и предотвращения негативных последствий медико-биологических, особенно генетических, исследований и экспериментов на человеке; определение меры ответственности исследователя и степени риска испытуемого.

Решение этих и других ситуативных проблем биомедицины во многом зависит от этической компетентности и этической позиции специалиста – *гуманистической* или *авторитарной*. Поэтому сегодня биоэтика рассматривается не только как новая отрасль теоретического и прикладного знания, но и как учебная дисциплина, овладение которой необходимо профессионалу.

К *третьему – деонтологическому кругу проблем биоэтики* относится определение современного характера отношений и коммуникации в системе вертикальных и горизонтальных связей в сфере медицины. Вторгаясь в область медицинской деонтологии, точнее, включая ее в себя, биоэтика и БМЭ вырабатывают рекомендации по моральному регулированию человеческих отношений как в системе «врач – больной», так и в медицинском коллективе. Решение практических задач в этом направлении также во многом зависит от *моделей отношений* между медиками-профессионалами и их пациентами: традиционной *патерналистской* или новой, *автономной* моделей. Тенденцией современной деонтологии выступает *переход* от патерналистской модели к признанию автономности личности пациента или участника биомедицинских исследований.

Приоритет этих проблем определяет различие подходов к биоэтике и БМЭ в Европе и Америке. Первый – *принципалистский*, ориентирующий медика на рефлексию по поводу высших моральных ценностей и *биоэтических принципов*, обеспечивающих Благо пациента, отдает предпочтение разработке первого круга проблем. Возникает он в США, но сегодня более распространен в Западной Европе. Второй, более приземленный – *казуистический* (от англ. *case* – *казус*) *ситуативный* подход – базируется на безоговорочном признании *автономии пациента*, отвечает требованиям бурно развивающейся биомедицинской науки и нацелен на выработку конкретных правил и рекомендаций в конкретных ситуациях лечения и биомедицинских исследований. Он активно разрабатывается в Северной Америке. Общим и для Европы, и для Америки, является сегодня *институционально-организационный* подход,

соответствующий постмодернистской эпохе «управляемой» этики. Воплощающий в себе междисциплинарные ценности он более всего «озабочен» соблюдением *принципа справедливости*.

Особенностью БМЭ, принятой и развиваемой в Беларуси, а возможно и шире – спецификой восточноевропейской этики – является сочетанный – *интегративный* поход, объединяющий в деятельности врача и исследователя все эти подходы и «круги» БМЭ, что соответствует духовным традициям восточноевропейских культур и велению времени.

### 1.2.2. Универсальные принципы биомедицинской этики

Социально-гуманистические ожидания общества, с одной стороны, и актуальные требования практической медицины и биологии, с другой, вызывают необходимость обращения биомедицинской этики к рассмотрению *универсальных этических принципов*, на базе которых вырабатываются конкретные моральные нормы поведения врача и медика-исследователя и которые должны быть положены в основу системы обеспечения здоровья народонаселения.

Международная общественность и научно-медицинское сообщество ведет постоянную работу в этом направлении. Этические принципы биомедицинских исследований определены и обоснованы в Нюрнбергском кодексе (1947), Хельсинской декларации (1964), Конвенции Совета Европы «О правах человека в биомедицине» (1996) и Дополнительных протоколах к ней (2005), Всеобщей Декларации ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека (2005) и др.

Хельсинская декларация включает в число основных такие принципы, как принцип *автономии личности, информированного согласия и конфиденциальности*. «Классические» принципы биоэтики, предложенные Т. Бичампом и Дж. Чилдресом (США) – так называемые «джорджтаунские мантры» – также включают в себя *уважение автономии личности, справедливость, непричинение зла, ориентацию на благо* (делай добро). Долгое время приоритет в области разработки принципов биоэтики принадлежал США. Основные этические принципы *европейской биоэтики и биоправа*, разработанные в рамках исследовательского проекта Еврокомиссии, – «принципы Кемпа» (по имени П. Кемпа – координатора и автора концептуальных идей) – легли в основу Конвенции Совета Европы «О правах человека в биомедицине» и в качестве основополагающих включают в себя *автономию личности, человеческое достоинство, целостность и уязвимость* человека.

Даже простое перечисление показывает, что первое место в ряду универсальных биоэтических принципов занимает принцип *автономии личности*. Что касается других принципов, то они выступают в разном «наборе» и иногда несут в себе разное содержание, отражающее специфику

региональных походов к правам человека, национальных традиций и ценностей.

**Автономия личности** – принцип БМЭ, основанный на единстве и равенстве прав врача и пациента, предполагающий их взаимный диалог, при котором право выбора и ответственность не сосредоточиваются всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом. Согласно этому принципу, принятие надежного в этическом отношении медицинского решения основано на взаимном уважении врача и больного и их активном совместном участии в этом процессе, требующем *компетентности, информированности* пациента и *добровольности* принятия им решения. Сложные медицинские вмешательства проводятся с письменного согласия пациента, ознакомленного с их целью и возможными результатами. Этическим основанием принципа автономии выступает признание независимости личности и ее права на самоопределение. Таким образом, уважение автономии относится, прежде всего, к личности, обладающей возможностью и правом распоряжаться своей жизнью и здоровьем, вплоть до сознательного отказа от лечения, даже если это решение будет стоить ей жизни. Ситуации, в которых пациент не в состоянии распоряжаться своей жизнью и здоровьем, специально оговариваются в соответствующих документах.

Принцип автономии личности тесно связан с другим основополагающим принципом – информированным согласием.

**Информированное согласие** – принцип БМЭ, требующий получения согласия больного или испытуемого на любое вмешательство в сферу его здоровья (госпитализация, назначение исследований или лечения). Предполагает соблюдение права пациента знать всю правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с каждым из них. В автономной модели взаимоотношений этот принцип – не жест доброй воли или желание врача, это его обязанность. Информированное согласие – это коммуникативный диалог врача и пациента, предполагающий соблюдение ряда этических и процессуальных норм: учет психического состояния, уровня культуры, национальных и религиозных особенностей пациента, тактичность врача или исследователя, его моральные качества, способность обеспечить понимание информации пациентом. Сложные медицинские вмешательства (лечение или обследование) требуют получения информированного согласия пациента, ознакомленного с их целью и возможными результатами, в письменном виде. При этом должны учитываться компетентность пациента и подлинная добровольность принятия им решения. Особый случай – получение информированного согласия от больных с психическими заболеваниями. Как и в любой другой области медицины, такому больному должна быть представлена полная и всесторонняя информация, включая ответы на все его вопросы о

заболевании, диагнозе и прогнозе, продолжительности лечения и риске, связанном с применением особо опасных видов или методов лечения. Однако в психиатрии согласие на лечение и клинические эксперименты требует дополнительных гарантий защиты прав пациентов, поскольку душевнобольные относятся к категории особо уязвимых.

В любом случае правильное информирование о состоянии здоровья и его прогнозе дает пациенту возможность самостоятельно и достойно распорядиться своим правом на жизнь, обеспечивая ему свободу добровольного выбора.

**Добровольность** – еще один принцип БМЭ, связанный с автономией пациента. Это уважение свободы волеизъявления личности, что предполагает самостоятельное принятие им решения или согласия на медицинские манипуляции или исследования при условии информированности и отсутствия внешнего принуждения – не только физического или морального давления, но и зависимости любого рода, т.е. оно должно быть получено без угроз, насилия и обмана. Добровольное согласие – это *право* пациентов, получение такого согласия больного – это *обязанность* врача.

Принципы автономии личности, информированного согласия, добровольности – это принципы **«субъект-субъектного»** порядка, предполагающие равенство и независимость партнеров, активную роль пациента и его право на самоопределение в процессе лечения или обследования.

По мере развития медицины и вовлечения в биомедицинские исследования и манипуляции все большего числа людей, особую роль начинают играть принципы **«субъект-объектного»**, условно говоря, **«страдательного»** ряда, предполагающие *заботу* общества и медиков – врачей и исследователей – о соблюдении этических требований по отношению к пациентам, попадающим в *зависимость* от них. Особую роль играют в этой связи принципы *целостности* и *уязвимости*, выдвинутые европейской биоэтикой. Эти принципы непосредственно связаны с признанием и уважением *достоинства личности*.

**Целостность** – принцип БМЭ, который обозначает тождественность личности самой себе, ее самоидентификацию, не допускает разрушительных манипуляций с ней (в частности, в процессе биомедицинских исследований). Целостность затрагивает как физическую, так и психическую стороны жизни индивида, она связана с «жизненной историей» индивида, которая создается памятью о наиболее важных событиях собственной жизни и интерпретацией жизненного опыта. Иными словами, целостность личности – это ее уникальность, индивидуальность и неповторимость.

К сожалению, некоторые медицинские вмешательства, имеющие благую цель восстановить здоровье человека, улучшить его состояние, часто бывают связаны с нарушением целостности. Необходимость

защищать психофизическую целостность человека, минимизировать ее нарушения требуют разработки этических и правовых норм, относящихся, в частности, к генетическим манипуляциям и вмешательствам в генетическую структуру индивида, к проблеме использования частей человеческого тела – органов, тканей и т.п.

**Уязвимость** как принцип БМЭ следует понимать в двух смыслах: Во-первых, как характеристику любого живого существа (не только человеческого), каждой отдельной жизни, по своей природе конечной и хрупкой. В этом смысле уязвимость как общая характеристика жизни может иметь более широкое значение, чем биоэтическое: она может также определяться социальным и/или морально отчуждением людей в обществе.

В определенной мере весь прогресс в области медицины и биологии может рассматриваться как борьба с человеческой уязвимостью, стремление минимизировать или «отодвинуть» ее. При этом уязвимость – в том числе смертность и конечность – оптимистически расценивается как некое обстоятельство, которое может и должно быть преодолено. Правда, здесь есть опасность лишить человека опыта боли и страданий, которые очень значимы в нашем восприятии действительности.

Второе понимание уязвимости – более узкое – относится к отдельным человеческим группам и популяциям. *Уязвимые испытуемые* – лица, чье добровольное согласие на участие, например, в клиническом испытании может быть результатом их чрезмерной заинтересованности, связанной с обоснованными или необоснованными представлениями о преимуществах участия в исследовании или, напротив, санкциях со стороны вышестоящих инстанций в случае отказа от участия.

К ним относятся, в частности, представители подчиненного звена в медицине (учащиеся высших и средних медицинских, фармацевтических и стоматологических учебных заведений, персонал клиник и лабораторий, сотрудники фармацевтических компаний). К уязвимым испытуемым относятся также больные, страдающие неизлечимыми заболеваниями; лица, содержащиеся в домах престарелых и инвалидов; пациенты, находящиеся в неотложном состоянии; представители национальных или иных меньшинств; безработные, бездомные, малообеспеченные граждане, бродяги, беженцы, дети, а также служащие вооруженных сил и заключенные.

Уязвимые группы требуют особой заботы, ответственности, *справедливости* по отношению к ним – более слабым и зависимым.

**Справедливость**, в рамках *гуманистической* биоэтической парадигмы, – это принцип, предполагающий реализацию социальной программы, в соответствии с которой обеспечивается равный доступ всех слоев и групп населения к общественным благам, в том числе получению биомедицинских услуг, доступность фармакологических средств, необходимых для поддержания здоровья, защита при проведении

биомедицинских исследований наиболее уязвимых слоев населения. Согласно принципу справедливости, польза для пациента всегда должна превышать научный или общественный интерес. Данный принцип тесно связан с принципом толерантности.

**Толерантность** – общечеловеческий моральный принцип, означающий терпимость к иным взглядам, мнениям, нормам поведения, общения и деятельности, отличным от тех, которых придерживается общество; предполагает выдержку, самообладание, способность к взаимному пониманию и согласованию разнородных интересов. В БМЭ *принцип толерантности* предполагает заботу о сохранении жизни и здоровья человека, предотвращении болезней и облегчении страданий больных вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания. Принцип толерантности обеспечивает также уважение к оценке и мнению коллег в процессе клинических манипуляций или научных исследований.

### 1.2.3. Принцип «Не навреди» и правила биомедицинской этики

**Принцип «Не навреди»** – высший принцип БМЭ, синоним принципа «святости жизни», который со времен Гиппократов стал гуманистическим идеалом врачевания и предполагает необходимость избегать вреда, который врач может нанести пациенту. Причинами вреда могут быть *бездействие и неоказание помощи тому, кто в ней нуждается; небрежность и злой умысел; случайные ошибки и необдуманные или неквалифицированные действия врача*. Врач также может нанести пациенту моральный вред, связанный с утаиванием информации и обманом пациента, разглашением врачебной тайны, грубым и невнимательным отношением и т. д. Безусловно, моральный долг врача – исключить из своей практики вред, вызванный этими причинами. Однако следует отметить, что любое медицинское вмешательство сопряжено с риском для пациента, и зачастую полностью избежать вреда невозможно. Поэтому, принимая решение о проведении лечебной, диагностической или профилактической процедуры, врач должен постоянно взвешивать выгоды и риски, связанные с конкретным вмешательством. Здесь важно, во-первых, чтобы причиняемый вред не превышал того блага, которое приобретается в результате медицинского вмешательства, и, во-вторых, чтобы при выбранном варианте действий сам по себе этот вред был минимальным по сравнению со всеми другими возможными вариантами.

Принцип «Не навреди» как норма-идеал представлен переживаниями со-страдания и со-радования врача и больного и реализуется в актах их содействия, соучастия и помощи. Его содержание, являясь способом выражения межличностных взаимоотношений «Я» (врача) и «Другого»

(больного), на протяжении истории медицины углублялось, определяясь той социальной реальностью, в которой эта норма осуществлялась.

До XX столетия взаимоотношения Я и Другого носили, в основном, *субъект-объектный* характер. А потому и в медицине Другой (больной) рассматривался в основном как *объект* познания и манипуляций для Я (врача). Субъективность больного мало учитывалась, уровню его информированности не придавалось никакого значения (напротив, была принята «ложь во спасение»), что и было характерно для господствовавшей в медицине *патерналистской модели*.

Особенностью общественной жизни XX–XXI столетий является *интерсубъективное* понимание социальной реальности, в которой взаимоотношения Я и Другого являются выражением их взаимодействия как «субъекта» (врач) и «другого субъекта» (больной), наделенного такой же активностью. В медицине интерсубъективность проявилась в новой модели взаимоотношений между врачом и больным – *«модели сотрудничества»*, в которой они выступают как равноправные партнеры. Гуманистический характер «модели сотрудничества», основанной на принципе *субъект-субъектных* отношений Я и Другого, где в качестве равноправных субъектов выступают и врач, и больной, не отрицает значения нравственного авторитета врача, основанного на его профессиональных знаниях, компетентности и опыте, а включает ответственное отношение к процессу лечения информированного больного, а также его контроль за выполнением нравственного идеала медицины «Не навреди».

Универсальность основных принципов БМЭ и высшая нравственность идеала «Не навреди» как образа должного и желаемого находит свое выражение в следующих *основных правилах биомедицинской этики*.

Первое правило – *правило правдивости* гласит: в общении с пациентами необходимо правдиво, в доступной форме и тактично информировать их о диагнозе и прогнозе болезни, доступных методах лечения, их возможном влиянии на образ и качество жизни пациента, о правах пациента. Ошибкой является, когда врач сообщает лишние подробности и делится своими опасениями. Выполнение этого правила необходимо для обеспечения автономии пациентов, возможности выбора и осознанного распоряжения собственной жизнью.

*Правило добровольного информированного согласия* предписывает: любое медицинское вмешательство должно осуществляться с согласия пациента, полученного добровольно и на основе достаточной информированности о диагнозе и прогнозе развития болезни с учетом разных вариантов лечения. Таким образом, информированность включает в себя раскрытие врачом значения и смысла действия, его необходимости, ожидаемых результатов, возможных последствий, степени риска для

здоровья, последствий в случае отказа от операции/лечения, возможных альтернативных вариантов лечения. Это правило принципиально важно при выполнении любого медицинского вмешательства и биомедицинского исследования

**Правило неприкосновенности частной жизни** (приватности) предполагает: без согласия пациента врач не должен собирать, накапливать и распространять, передавать или продавать информацию, касающуюся его частной жизни (например, страховой компании). Элементами частной жизни являются факт обращения к врачу, информация о состоянии здоровья, биологических, психологических и иных характеристиках, о методах лечения, привычках, образе жизни и т.д. Это правило защищает частную жизнь граждан от несанкционированного вторжения чужих людей, в том числе врачей или ученых-медиков.

**Правило конфиденциальности**, тесно связанное с сохранением **врачебной тайны**. *Конфиденциальность* – правило БМЭ, обеспечивающее *взаимное доверие* между врачом и пациентом. Существует два рода этических аргументов, требующих соблюдения конфиденциальности. Первый – *утилитаристский*, базирующийся на соображениях полезности. Суть его в том, что нарушение конфиденциальности резко ухудшает взаимоотношения пациента и врача и затрудняет выполнение последним своих обязанностей. Второй – *деонтологический* – опирается на моральные соображения, по которым каждый индивид имеет право сам решать, кому и в какой мере его мысли, переживания, чувства, сведения об обстоятельствах его жизни могут быть доверены другому.

Конфиденциальность предполагает строгое соблюдение *врачебной тайны*, надежное хранение врачом информации, полученной от пациента, анонимность проводимых исследований, минимизацию вмешательства в личную жизнь пациента, тщательное хранение данных и ограничение доступа к ним не только при жизни, но и после смерти пациента. В соблюдении принципа конфиденциальности проявляются преданность врача интересам пациента, его профессиональная честность и порядочность. Сохранение в тайне касающейся пациента информации определяется правом каждого человека на невмешательство в сферу его частных интересов.

Особенно строго правило конфиденциальности должно соблюдаться лицами, имеющими *прямой доступ* – разрешение на изучение, анализ, проверку и копирование каких-либо записей и отчетов, сопровождающих процесс клинических исследований или лечения. Все имеющие право прямого доступа (лечащий врач или медик-исследователь, национальные или зарубежные контрольно-разрешительные инстанции, вспомогательный персонал) должны принимать все меры предосторожности для соблюдения нормативных требований по сохранению анонимности испытуемых и конфиденциальности информации. Они несут основную этическую



ответственность за неразглашение любых сведений в отношении личности испытуемых, составляющих врачебную тайну.

В содержание *врачебной тайны* входят как бы две тайны: во-первых, сведения о больном, полученные от него самого, его родственников, близких ему людей, во-вторых, сведения, полученные в ходе диагностирования, обследования больного или проведения медицинских исследований – знания, которые следует или не следует доверять больному, «непосвященным», общественности. Соблюдение врачебной тайны – это *категорический императив медицины*, имеющий глубокий гуманистический смысл. Медицинская тайна выступает своего рода проверкой нравственной культуры каждого медика как профессионала и человека. И если согласиться с тем, что нравственное кредо медика – его профессиональный долг, требующий считать благо пациента приоритетной целью, то сохранение врачебной тайны – одно из проявлений этого долга.

Вместе с тем существуют различные ситуации, в которых может произойти разглашение врачебной тайны. Врачебная тайна может разглашаться по причине болтливости медика, когда он делает это без умысла, а скорее, по недомыслию. Такая болтливость свидетельствует о нежелании и неумении выделить предмет врачебной тайны из той информации, которой он владеет в силу своей профессии. А это – элементарное бескультурье, профессиональное невежество. Другая причина несоблюдения врачебной тайны – отсутствие такта и скромности в отношении к врачебной тайне. Особенно явственно проявляется безнравственная сущность подобного поведения, когда медицинский работник, имея дело с известными в обществе людьми, раскрывает перед посторонними тайны их болезней, интимной и семейной жизни, демонстрируя тем самым свою «посвященность», «приобщенность» к их жизни, испытывая на себе отблеск их славы. В последнее время стало распространенным разглашение врачебной тайны из меркантильных интересов, соображений престижа или сенсационности. Желание заявить о своем приоритете, разрекламировать свои достижения (находящиеся даже еще на стадии разработки) ведет зачастую к разглашению имен пациентов, особенно широко известных, иногда под прикрытием «случайной» утечки информации. Особенно широко распространена подобная практика в косметологии, фармакологии и даже в случаях экстракорпорального оплодотворения и суррогатного материнства, когда разглашение тайны может нанести потенциальный вред третьему лицу.

Врачебная тайна – это модификация заповеди «Не навреди»: не вреди личности пациента, спокойствию его и его близких, ибо благополучие человека определяется не только его физическим здоровьем, но и нравственным комфортом. Императив неразглашения врачебной тайны требует от медика морально-целеустремленной и профессионально-грамотной заботы о *чести и достоинстве* пациента и его близких. Таким

образом, нравственным основанием запрета на разглашение врачебной тайны является недопустимость оскорбления чести и достоинства пациента путем диффамации – оглашения фактов интимной жизни человека, не подлежащей вторжению постороннего любопытства. Кроме того, разглашение тайны может угрожать спокойствию, миру, а иногда и существованию семьи больного.

Соблюдение правила конфиденциальности тем более важно, что в современных условиях организации здравоохранения происходит значительная утечка информации, часто не по вине медиков. Так, отступлению от принципа конфиденциальности способствует технический прогресс, например, создание компьютерных банков данных в крупных клиниках, а также проведение мультидисциплинарных исследований. В результате значительная часть медицинского и административного персонала получает свободный доступ к историям болезни пациентов. Нарушение принципа конфиденциальности происходит также при оформлении больничных листов, санаторно-курортных карт и т. д. Эти вопросы требуют своего этического решения, а сложность проблемы не может служить оправданием нарушения принципа конфиденциальности.

В связи с этим встает вопрос о *мере моральной ответственности* врача за сохранение врачебной тайны при лечении, а медицинского учреждения в целом – при организации и проведении исследований. Моральная ответственность должна дополняться *юридической ответственностью* за «потаенность» личной жизни человека.

*В Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» подтверждается, что соблюдение врачебной тайны – обязанность медицинских и фармацевтических работников (ст.51).*

Особое место в соблюдении врачебной тайны занимает *проблема субъекта*, которому врач сообщает информацию о диагнозе, результатах исследования или испытаний. Прежде всего, такая информация сообщается пациенту. Во-вторых, таким субъектом могут быть и родственники, если это обусловлено необходимостью ухода за больным и не противоречит его воле.

Субъектом получения конфиденциальной информации могут выступать и общество, государство, правоохранительные органы. *В Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» однозначно указано, кому медицинские и фармацевтические работники обязаны сообщать о состоянии здоровья граждан: органам охраны здоровья, дознания и следствия, а также судам по их требованию; правоохранительным органам и др. (ст. 46).*

Выступая свидетелем по требованию судебной власти, врач не имеет права умалчивать о том, что ему известно. При столкновении обязанности соблюдать врачебную тайну с обязанностью способствовать суду в раскрытии истины закон отдает предпочтение последнему. Вместе с тем с

моральной точки зрения проблема выбора всегда остается мучительной для врача: сделать субъектом доверительных отношений пациента или правоохранительные органы.

С проблемой субъекта тесно связан вопрос об этических и юридических *границах сохранения тайны*, доверенной пациентом врачу. Они оговорены как в кодексах, декларациях медиков, так и в законодательствах государств по вопросам охраны здоровья.

Уже формула неразглашения врачебной тайны в Клятве Гиппократов подразумевает, что существуют ситуации, освобождающие врача от обязанности хранить тайну. Они определяются тем, насколько личный интерес пациента в сохранении его тайны совпадает с интересами общества или других людей. Так, в случаях, когда конфиденциальная информация, полученная врачом от пациента, угрожает здоровью или безопасности других, ее разглашение допускается, а иногда и прямо предписывается. Например, это возможно, когда речь идет о совершенном, задуманном или готовящемся преступлении; о лечении с использованием опасных препаратов; о медицинском шарлатанстве и т.д. С юридической и нравственной точки зрения есть также граница, за которой молчание венеролога может быть им нарушено без всякого опасения обвинения в несоблюдении тайны. Это случаи умышленной, сознательной передачи венерической болезни или СПИДа другому лицу. Здесь не может быть и речи о недонесении.

Вместе с тем, существуют пограничные ситуации, которые, не будучи специально оговорены в законодательстве, требуют от врача конкретного нравственного решения. Это ситуации, когда правило конфиденциальности может вступать в противоречие с другими обязательствами врача перед пациентом. Так, желая уберечь больного от суицида, врач должен сообщить близким, что больной находится в состоянии тяжелой душевной депрессии. Допустимо нарушение правила конфиденциальности и в тех случаях, когда его использование может нанести ущерб другому лицу (например, врач обязан сообщить в соответствующие органы о случаях жестокого обращения с детьми). Недопустимо также сокрытие врачом некоторых заболеваний (эпилепсия, сердечно-сосудистые заболевания) у лиц определенных профессий (стрелочник, водитель, пилот).

Особенно серьезные разногласия возникают у врачей-психиатров о праве (или обязанности) нарушить врачебную тайну в тех случаях, когда больной сообщает врачу о своем намерении совершить убийство или другое противоправное действие. Часть врачей считает, что нарушение тайны в этом (как и в других случаях) резко уменьшит число больных, обращающихся к ним за помощью, снизит искренность и доверие больного, а это понизит эффективность лечения и, в конечном счете, лишь увеличит число противоправных поступков. Однако с подобным утверждением согласны далеко не все врачи, считая, что не следует абсолютизировать

сохранение врачебной тайны любой ценой, особенно когда есть угроза безопасности для других людей.

Таким образом, проблема этических и правовых границ врачебной тайны неоднозначна и по-прежнему заслуживает осмысления и обсуждения.

### **Этико-правовые документы**

#### **ВСЕОБЩАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О БИОЭТИКЕ И ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА**

(Извлечение)

##### **Принципы**

В рамках сферы применения настоящей Декларации в решениях или практических мерах, принимаемых или осуществляемых теми, к кому она обращена, должны соблюдаться следующие принципы.

##### **Статья 3. Человеческое достоинство и права человека.**

1. Должно обеспечиваться полное уважение человеческого достоинства, прав человека и основных свобод.
2. Интересы и благосостояние отдельного человека должны главенствовать над интересами собственно науки или общества.

##### **Статья 4. Благо и вред.**

В процессе применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий следует добиваться получения максимальных прямых и косвенных благ для пациентов, участников исследований и других затрагиваемых лиц и сводить к минимуму любой возможный для них вред.

##### **Статья 5. Самостоятельность и индивидуальная ответственность.**

Должна обеспечиваться самостоятельность лиц в принятии решений при соответствующей ответственности за эти решения и уважении самостоятельности других. В отношении лиц, которые не обладают правоспособностью для совершения самостоятельных действий, должны приниматься специальные меры по защите их прав и интересов.

##### **Статья 6. Согласие.**

1. Любое медицинское вмешательство в профилактических, диагностических или терапевтических целях должно осуществляться только с предварительного, свободного и информированного согласия соответствующего лица на основе надлежащей информации. Согласие в соответствующих случаях должно быть явно выраженным и может быть отозвано соответствующим лицом в любое время и по любой причине без негативных последствий или ущерба.

2. Научные исследования следует проводить только с предварительного, свободного, явно выраженного и информированного согласия соответствующего лица. Информация должна быть адекватной,

предоставляться в понятной форме и включать указание способов отзыва согласия. Согласие может быть отозвано соответствующим лицом в любое время и по любой причине без негативных последствий или ущерба. Исключения из этого принципа следует делать только в соответствии с этическими и правовыми нормами, принятыми государствами, согласно принципам и положениям, изложенным в настоящей Декларации, в частности в статье 27, и международным нормам в области прав человека.

3. В соответствующих случаях при проведении исследования над группой лиц или общиной может заключаться дополнительное соглашение с юридическими представителями этой группы или общины. Ни при каких обстоятельствах информированное согласие отдельного лица не должно подменяться коллективным общинным соглашением или согласием руководителя общины или другого представителя власти.

#### **Статья 7. Лица, не обладающие правоспособностью давать согласие.**

В соответствии с внутренним законодательством особая защита должна обеспечиваться лицам, не обладающим правоспособностью давать согласие:

(а) разрешение на проведение исследований и медицинскую практику следует получать исходя из наилучших интересов соответствующего лица и в соответствии с внутренним законодательством. Вместе с тем необходимо, чтобы соответствующее лицо в максимально возможной степени участвовало в процессе принятия решений относительно согласия, а также отзыва согласия;

(б) исследования следует проводить только в целях получения прямой выгоды для здоровья заинтересованного лица при наличии соответствующего разрешения и соблюдении предусмотренных законом условий защиты и при отсутствии альтернативы проведения исследований сопоставимой эффективности с участием лиц, обладающих правоспособностью давать согласие. Исследования, потенциально не приносящие прямой выгоды для здоровья, следует проводить только в порядке исключения, при максимальных ограничениях, подвергая соответствующее лицо только минимальному риску и создавая для него минимальное бремя, и только в том случае, если такие исследования, как ожидается, принесут пользу здоровью других лиц той же категории, при соблюдении условий, предусмотренных законодательством, и в соответствии с нормами защиты прав человека отдельного лица. Следует уважать отказ таких лиц от участия в исследованиях.

#### **Статья 8. Признание уязвимости человека и уважение неприкосновенности личности.**

В процессе применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий следует учитывать уязвимость

человека. Следует обеспечивать защиту особо уязвимых лиц и групп и уважать их личную неприкосновенность.

**Статья 9. Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность.**

Следует соблюдать неприкосновенность частной жизни соответствующих лиц и конфиденциальность касающейся их лично информации. В максимально возможной степени такую информацию не следует использовать или разглашать, кроме как для целей, для которых она была собрана или в отношении которых давалось согласие, в соответствии с международным правом, в частности международными нормами в области прав человека.

**Статья 10. Равенство, справедливость и равноправие.**

Должно обеспечиваться соблюдение основополагающего принципа равенства всех людей в том, что касается их достоинства и прав, для целей справедливого и равноправного обращения с ними.

**Статья 11. Недопущение дискриминации и стигматизации.**

Никакое отдельное лицо или группа не должны подвергаться дискриминации или стигматизации на каких бы то ни было основаниях в нарушение принципа уважения человеческого достоинства, прав человека и основных свобод.

**Статья 12. Уважение культурного разнообразия и плюрализма.**

Следует уделять должное внимание важному значению культурного разнообразия и плюрализма. Вместе с тем эти соображения не должны использоваться в качестве предлога для ущемления человеческого достоинства, прав человека и основных свобод, а также в ущерб принципам, изложенным в настоящей Декларации, и не должны ограничивать сферу применения этих принципов.

**Статья 13. Солидарность и сотрудничество.**

С этой целью должны поощряться солидарность между людьми и международное сотрудничество.

**Статья 14. Социальная ответственность и здоровье.**

1. Содействие укреплению здоровья и социальному развитию своего населения является одной из основных целей правительств, которую разделяют все слои общества.

2. Ввиду того, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия по признаку расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения, прогресс в области науки и техники должен способствовать:

(а) доступу к качественным медицинским услугам и важнейшим лекарствам, особенно в том, что касается здоровья женщин и детей, поскольку здоровье имеет важнейшее значение для самой жизни и должно рассматриваться в качестве общественного и человеческого блага;

- (b) доступу к надлежащему снабжению продуктами питания и водой;
- (c) улучшению условий жизни и состояния окружающей среды;
- (d) недопущению маргинализации и отчуждения лиц на каких бы то ни было основаниях; и
- (e) сокращению масштабов нищеты и неграмотности.

#### **Статья 15. Совместное использование благ.**

1. Блага, связанные с проведением любых научных исследований и применением их результатов, следует использовать совместно со всем обществом и международным сообществом, в частности с развивающимися странами. Для целей реализации настоящего принципа блага могут принимать любую из следующих форм:

- (a) оказание специальной и долговременной помощи и выражение признательности лицам и группам, участвовавшим в исследованиях;
- (b) доступ к качественным медицинским услугам;
- (c) применение новых диагностических и терапевтических методик или продуктов, разработанных в результате исследований;
- (d) поддержка служб здравоохранения;
- (e) доступ к научно-техническим знаниям;
- (f) укрепление потенциала в области проведения исследований;
- (g) блага в других формах, соответствующие принципам, изложенным в настоящей Декларации.

2. Блага не должны представлять собой ненадлежащие стимулы для участия в исследованиях.

#### **Статья 16. Защита будущих поколений.**

Следует уделять должное внимание воздействию наук о жизни на будущие поколения, в том числе на их генетические характеристики.

#### **Статья 17. Защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия.**

Следует уделять должное внимание взаимосвязи между человеком и другими формами жизни, важности надлежащего доступа к биологическим и генетическим ресурсам и их использования, уважению традиционных знаний и роли человека в защите окружающей среды, биосферы и биоразнообразия.

### **ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ «О ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**

#### **Статья 46. Врачебная тайна**

Информация о состоянии здоровья пациента предоставляется лечащим врачом пациенту или лицам, указанным в части второй статьи 18 настоящего Закона. Совершеннолетний пациент вправе определить лиц, которым следует сообщать информацию о состоянии его здоровья, либо запретить ее сообщение определенным лицам.

Информация о состоянии здоровья пациента излагается лечащим врачом в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии и доступной для понимания лица, не обладающего специальными знаниями в области здравоохранения.

По просьбе несовершеннолетнего либо в целях осознанного выполнения им медицинских предписаний по согласованию с его законным представителем лечащим врачом несовершеннолетнему предоставляется информация о состоянии его здоровья и выбранных методах оказания медицинской помощи в доступной для его возраста форме с учетом психофизиологической зрелости и эмоционального состояния пациента.

По желанию пациента, уполномоченных им лиц или лиц, указанных в части второй статьи 18 настоящего Закона, организации здравоохранения выдают выписки из медицинских документов, медицинские справки о состоянии здоровья и другие документы, содержащие информацию о состоянии здоровья пациента, в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Использование информации о состоянии здоровья пациента в образовательном процессе и научной литературе допускается только с согласия пациента либо лиц, указанных в части второй статьи 18 настоящего Закона.

Информация о факте обращения пациента за медицинской помощью и состоянии его здоровья, сведения о наличии заболевания, диагнозе, возможных методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту медицинской помощи, а в случае смерти – и информация о результатах патологоанатомического исследования составляют врачебную тайну.

Предоставление информации, составляющей врачебную тайну, без согласия пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 настоящего Закона, допускается:

по запросу Министерства здравоохранения Республики Беларусь, управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов и Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета в целях организации оказания медицинской помощи пациенту, осуществления в пределах их компетенции контроля за правильностью ее оказания или при угрозе распространения инфекционных заболеваний, а также при осуществлении государственного санитарного надзора;

по запросу организаций здравоохранения в целях организации оказания медицинской помощи пациенту или при угрозе распространения инфекционных заболеваний;

по письменному запросу органов уголовного преследования и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;



по запросу органов внутренних дел о явке (неявке) лица, обязанного возмещать расходы, затраченные государством на содержание детей, находящихся на государственном обеспечении, в государственную организацию здравоохранения для прохождения медицинского осмотра, а также о прохождении (непрохождении) этим лицом медицинского осмотра;

по письменному запросу органов, осуществляющих оперативно-розыскную деятельность, в связи с осуществлением такой деятельности.

Кроме случаев, указанных в части седьмой настоящей статьи, без согласия лица, обязанного возмещать расходы, затраченные государством на содержание детей, находящихся на государственном обеспечении, или лиц, указанных в части второй статьи 18 настоящего Закона, государственная организация здравоохранения предоставляет засвидетельствованную копию заключения врачебно-консультационной комиссии о наличии либо отсутствии заболеваний, при которых родители не могут выполнять родительские обязанности:

по запросу управлений (отделов) образования местных исполнительных и распорядительных органов – в случаях, когда дети находятся на государственном обеспечении в детских домах семейного типа, опекунских семьях, приемных семьях;

по запросу детских интернатных учреждений, государственных учреждений профессионально-технического, среднего специального, высшего образования, детских домов семейного типа, опекунских семей, приемных семей – в случаях, когда дети находятся на государственном обеспечении в этих учреждениях, семьях;

по запросу прокурора при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, информация, составляющая врачебную тайну, сообщается в правоохранительные органы в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Обязанность сохранять врачебную тайну наравне с медицинскими (фармацевтическими) работниками распространяется также на лиц, которым в установленном настоящим Законом порядке стали известны сведения, составляющие врачебную тайну.

Организации здравоохранения обеспечивают хранение медицинских документов в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны.

### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Специфика моральных ценностей в биомедицинской этике.
2. Добро и зло как категории разграничения нравственного и безнравственного в биомедицине.

3. Универсальные принципы биомедицинской этики и их отражение в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении».
4. Принцип «Не навреди» в субъектно-объектном и субъектно-субъектном отношениях.
5. Сострадание и милосердие как нравственные ценности врачевания.
6. Свобода и моральная ответственность врача.
7. Принцип уважения автономии личности и права пациента.
8. Моральные проблемы распределения медицинских ресурсов в различных системах здравоохранения.
9. Специфика информированного согласия.
10. Этико-правовые аспекты отказа пациента от медицинской помощи.
11. Правило правдивости и проблема плацебо.
12. «Святая ложь»: исторический и этический анализ.
13. Проблема границы врачебной тайны.
14. Врачебная тайна в век новых информационных технологий.

### **Литература по разделу 1**

#### ***Основная:***

1. Биомедицинская этика. Учебное пособие. Под ред. Т.В. Мишаткиной, С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. Мн., 2009.
2. Биомедицинская этика: Практикум. Уч. пособие / Под общ. ред. С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. – Мн.: БГМУ, 2011.
3. Гоглова О., Ерофеев С., Гоглова Ю. Биомедицинская этика: Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2013.
4. Основы биоэтики : учеб. пособие / Я.С. Яскевич [и др.]; под ред. Я.С.Яскевич, С.Д. Денисова – Минск : Выш. шк., 2009.

#### ***Дополнительная:***

5. Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты. Уч.-метод. пособие / Под ред. Я.С. Яскевич – Мн.: БГМУ, 2007.
6. Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского. – М. : Медицина, 1997.
7. Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления.– Мн., 1998.
8. Глобальная биоэтика в социальном измерении: словарь-справочник / под ред Т.В. Мишаткиной. – Минск : Институт радиологии, 2015.
9. Кэмпбелл А., Джиллет Г., Джонс Г. Медицинская этика. Под. Ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. М., ГЭОТАР-МЕД, 2004.
10. Лопатин П.В. Биоэтика : учебник / под ред. П.В. Лопатина, О.В. Карташова. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
11. Мишаткина Т.В. Биоэтика и биомедицинская этика: статус,

содержание и проблемы / Т.В. Мишаткина // Практическая философия. – 2006. – №3. – С.59-81.

12. Философия биомедицинских исследований: этос науки начала третьего тысячелетия. – М., 2004.

13. Хрусталеv, Ю.М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: Учебник / Ю.М. Хрусталеv – М.: ГЭОТ АРМедиа, 2013.

14. Поттер, В.Р. Биоэтика. Мост в будущее / В.Р. Поттер – Киев, 2002.

15. Фукуяма, Ф. Наше постчеловеческое будущее / Ф. Фукуяма – М., 2004.

16. Хабермас, Ю. Будущее человеческой природы / Ю. Хабермас – М., 2002.

17. Швейцер, А. Благоговение перед жизнью / А. Швейцер. – М., 1992.

### ***Нормативные правовые акты Республики Беларусь:***

18. Кодекс врачебной этики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.bsmu.by/downloads/kafedri/k\\_poli\\_ter/4.pdf](https://www.bsmu.by/downloads/kafedri/k_poli_ter/4.pdf).

19. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). – Минск: Амалфея, 2007. – 48 с.

20. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 №2435-ХП: в редакции Закона Республики Беларусь от 20.06.2008 № 363-З. с изм. и доп.

21. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 № 200: с изм. и доп.

### ***Международные нормативные правовые акты:***

22. Всеобщая декларация прав человека : Принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН, 10 дек. 1948 г.

23. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, ЮНЕСКО, 19 окт. 2005 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/bioethics\\_and\\_hr.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml)

24. Женевская декларация : Международная клятва врача (ВМА, Генеральные ассамблеи 1948, 1968, 1983 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh.htm>.

25. Международный Кодекс медицинской этики (ВМА, Генеральные Ассамблеи 1949, 1968, 1983 гг.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh1.htm>.

## **2. ПРОБЛЕМЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ**

### **2.1. ФЕНОМЕН ЖИЗНИ С ПОЗИЦИЙ БИОЭТИКИ. ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА**

2.1.1. Жизнь как высшая ценность. Демографическая политика и социальная поддержка семей и рождаемости в Республике Беларусь.

2.1.2. Современные этические проблемы регулирования рождаемости и аборта:

2.1.2.1. Этические аспекты дискуссий о начале человеческой жизни. Права беременной женщины и статус плода.

2.1.2.2. Аборт как этическая проблема.

2.1.3. Этический и правовой компоненты в вопросах репродуктивных технологий. Проблема материнства.

#### **2.1.1. Жизнь как высшая ценность. Демографическая политика и социальная поддержка семей и рождаемости в Республике Беларусь**

Слово *жизнь* в повседневном языке обозначает самые разные реальности. Это может быть способ существования и/или действия (биологическая жизнь), совокупность пережитого опыта (психологическая жизнь), целостное индивидуальное существование (личностная жизнь).

Человек не просто живёт, как живут растения и животные, но осознаёт тот факт, что живёт, и даже способен спрашивать себя: почему он живёт и заключает ли жизненный труд в самом себе своё оправдание или же удовлетворяющий смысл жизни нужно искать в чём-то другом.

На сегодняшний день существует множество определений понятия «жизнь». Так с биологической точки зрения под жизнью (от греч. βίος – жизнь) понимается совокупность актов, проистекающих из внутренней сути живого существа и контролируемых самим этим живым существом как целым.

Французский анатом, физиолог и врач, один из основоположников танатологии (наука о смерти) М. Биш (1771–1802) говорил о жизни как совокупности явлений, сопротивляющихся смерти.

Ф. Энгельс (1820–1895), немецкий философ, один из основоположников марксизма, определил жизнь как способ существования белковых тел, существенным моментом которого является постоянный обмен веществ с окружающей их внешней средой.

Согласно выработанному в 1994 г. определению NASA, которое применяется в описаниях задач по поиску жизни во Вселенной, жизнь – это самоподдерживающаяся химическая система, способная к дарвиновской эволюции.

Белорусская энциклопедия (1998) определяет жизнь как форму существования и движения материи, способную к развитию (эволюции) и качественно более высокую, чем физические и химические формы; основной мотив существования и содержание переживаний человека, жизненная судьба вообще.

Как мы видим, данные определения весьма пространны. Тем не менее для человека жизнь является значимой и наивысшей ценностью.

В качестве приоритетного право на жизнь провозглашено в ст. 3 Всеобщей декларации прав человека (1948): каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность.

Право на жизнь закреплено в ст. 6 Международного пакта о гражданских и политических правах (вступил в силу для Беларуси в 1976 г.), ст. 2 Конвенции СНГ о правах и основных свободах человека (вступила в силу для Беларуси в 1998 г.), а также в ст. 2 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод. В резолюции Генеральной Ассамблеи ООН 37-189А (1982 г.) заявлено, что обеспечение права на жизнь – это непереносимое условие осуществления гражданских и политических прав, а также всего спектра экономических, общественных и культурных прав.

В соответствии со ст. 24 Конституции Республики Беларусь каждый имеет право на жизнь. Государство защищает жизнь человека от любых противоправных посягательств.

С правом на жизнь тесно связаны вопросы смертной казни, условия и порядок осуществления аборт и эвтаназии, критерии качества жизни, право на достойный уровень жизни и благоприятную окружающую среду.

Право на жизнь требует от государства реализации таких позитивных обязательств, как меры по снижению уровня детской смертности, увеличению продолжительности жизни, повышению качества питания, борьбе с эпидемиями и т.п. Кроме того, государство должно принимать адекватные меры для защиты жизни лиц, находящихся под его юрисдикцией.

Республика Беларусь в своей социальной политике стремится поддержать человека, обеспечить адекватные условия для его жизни и развития.

В ноябре 2010 г. указом Президента Республики Беларусь была утверждена Концепция национальной безопасности Республики Беларусь. П. 13 настоящей Концепции к основным национальным интересам в демографической сфере относит:

- устойчивый рост численности белорусской нации на основе последовательного увеличения рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни, снижения смертности населения;
- повышение общего уровня здоровья населения, охрана здоровья матери и ребенка;

- укрепление института семьи как социального института, наиболее благоприятного для реализации потребности в детях, их воспитания;
- оптимизация внутренних и внешних миграционных потоков, обеспечение положительного сальдо внешней миграции экономически активного населения.

В августе 2011 г. была утверждена Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы. Среди её основных задач были названы:

- увеличение рождаемости и усиление социально-экономической поддержки семей в связи с рождением и воспитанием детей;
- создание условий для сокращения социального сиротства, развитие семейных форм устройства на воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- укрепление духовно-нравственных основ семьи, возрождение и пропаганда семейных ценностей и традиций;
- улучшение репродуктивного здоровья населения, охрана материнства и детства;
- снижение уровня общей смертности населения, особенно по предотвратимым причинам, увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении;
- улучшение качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями и инвалидов путем создания им условий для реализации имеющегося (остаточного) потенциала здоровья;
- регулирование внешних миграционных процессов с учетом национальных интересов.

На смену этой программе в марте 2016 г. постановлением Совета Министров Республики Беларусь была утверждена Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг., целью которой является стабилизация численности населения и увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Среди ожидаемых к 2020 г. результатов названы:

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 74,6 года;
- увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,75;
- уменьшение распространенности потребления табака среди лиц в возрасте от 16 лет до 24,5%;
- увеличение физической активности взрослого населения (средняя физическая активность не менее 30 минут в день) до 40%;
- долю врачей, работающих по принципу врача общей практики, в общем количестве врачей, работающих в системе оказания первичной медицинской помощи – 100%;
- снижение потребления алкоголя на душу населения до 9,2 литра;
- снижение риска передачи ВИЧ от ВИЧ-инфицированной матери ребенку до 1%;

- миграционный прирост – 70 тысяч человек.

### **2.1.2. Современные этические проблемы регулирования рождаемости и аборта**

**2.1. Этические аспекты дискуссий о начале человеческой жизни. Права беременной женщины и статус плода.** Вопрос, с какого момента беременности можно говорить о существовании плода как человека, волнует сегодня многих исследователей. От его решения зависит весь спектр проблем, которые связаны с искусственным прерыванием беременности, а также с различными манипуляциями с человеческим эмбрионом: исследование, уничтожение, замораживание и т.д.

Традиционное христианство настаивает, что с момента зачатия (образования зиготы) можно говорить о существовании подлинной человеческой жизни, которая заслуживает безусловного уважения. Поэтому Церковь последовательно выступает в защиту жизни против аборт и не допускает никаких манипуляций с человеческими эмбрионами, приравнивая это к убийству. Выработанные и внедрённые в ходе общественной дискуссии такие термины, как «пред-эмбрион», «потенциальный человек» Церковь рассматривает как правовую уловку для легализации медицинских вмешательств, которые в противном случае были бы запрещены уважающим права человека законодательством.

Естественнонаучный подход к вопросу о начале человеческой жизни имеет несколько вариаций. Однако общий их смысл сводится к тому, что зародыш не очеловечивается до тех пор, пока не будут развиты определённые структуры: формирование дыхательной системы (к 20-й неделе), формирование сердечно-сосудистой системы (20–40-й день), образование первичной полоски (морфологического предшественника нервной трубки, 15–16-й день<sup>1</sup>). Следует отметить, что и среди естественнонаучного подхода сильна идея о начале жизни человека с момента зачатия. Сторонники данной позиции считают, что только лишь образование уникального и неповторимого генетического материала (генома) является единственным качественным преобразованием при формировании зародыша. Влияние же клеточного микроокружения является условием для его осуществления, и важно не само по себе, а только в качестве фона, предназначенного для реализации генетической программы. В одном из основных документов международного права, регулирующим генетические исследования, «Всеобщей декларации о геноме человека и о правах человека» (ЮНЕСКО, 1997 г.) говорится о том, что «телесность составляет существенный компонент реальности

---

<sup>1</sup> Данная позиция сегодня наиболее популярна среди эмбриологов и гистологов. До 14-го дня после оплодотворения эмбриологи рассматривают эмбрион человека как пред-эмбрион, считая, что до этого срока он сформирован клеточными слоями, представляющими собой зародышевые оболочки – материал, не участвующий в построении в дальнейшем собственно эмбриона.

человеческого бытия и генетический код рассматривается как основная глубинная структура телесности».

Среди философско-этических дискуссий о начале человеческой жизни и статусе эмбриона можно выделить:

- *градуализм* – позиция, утверждающая постепенное одушевление эмбриона и приобретение им человеческих, личностных свойств; здесь также акцентируется внимание на различии эмбриона и пред-эмбриона (Т. Шеннон, А. Уолтер, Ж. Лежен и др.);

- *психоанализ* – фиксирует появление личностного бытия задолго до рождения личности, в перинатальный период закладываются глубинные особенности психического поведения человека, которые будут проявляться на протяжении последующей жизни; во время биологических родов происходит лишь приобщение индивидуальной психики к ментальным структурам человеческих сообществ, но не само её рождение (О. Ранк, С. Гроф и др.);

- *вульгарный социологизм* – возник из примитивного толкования марксизма-ленинизма и исходит из предположения, что быть личностью – значит находиться в различных отношениях с другими, а пока эти отношения не установятся, эмбрион не является по-настоящему человеческим существом;

- *морально-интенциональный подход* – эмбрион человека является реальным субъектом моральной рефлексии и как таковой, он может быть подвергнут моральному или аморальному действию и, следовательно, его включённость в моральные отношения и его статус морального субъекта не может вызывать сомнения (И. Силуянова, В. Сабурова и др.);

- *философско-антропологический подход* – именно существование человека на исходной стадии существования первой клетки (зиготы, только что объединившей генетический материал родителей) может рассматриваться реальной иллюстрацией целостности как сущностной особенности человека: в зиготе ещё нет ничего – ни мыслительной деятельности, ни прямохождения, ни нравственных чувств, ни особенностей физической организации, ничего, кроме 46 хромосом, и в то же время есть всё – и мыслительная деятельность, и прямохождение, и нравственные чувства, и особенности физической организации. В известном смысле можно сказать, что в этой форме представлена вся совокупность сущностных черт и свойств человеческого существа. Зигота – это как бы “микрокосмический” носитель общефилософского понимания сущностной целостности человека. Это естественное, органическое и органичное образование со всеми параметрами человеческого существования выражает конкретный феномен целостности человека как его сущности (В. Брюнинг, Б. Григорьян и др.).

Согласно правовому полю большинства стран мира, человек наделяется конституционными правами с момента рождения, что даёт



женщине юридически более высокий статус, чем эмбриону. Однако в тоже время законодательные нормы ограничивают возможности произвольного обращения с плодом после зачатия, устанавливая возможные сроки совершения аборта, а также регламентируя иные отношения в этой сфере.

Вследствие принятого во многих странах «принципа автономии», который даёт человеку полное право распоряжаться своим телом и здоровьем, в случае наступления беременности женщина вправе самостоятельно принимать решение о её сохранении или прерывании.

Следует отметить, что в европейском пространстве данное право утверждалось поступательно на протяжении веков. Вначале появились так называемые медицинские показания к аборту (узкий таз, гидроцефалия плода), затем эти показания были расширены за счёт присоединения болезней сердца, почек, туберкулеза, душевных заболеваний, наследственных болезней. В первой половине XIX в. начало формулироваться понятие о «социальных показаниях» искусственного прерывания беременности (изнасилование, инцест, чрезмерная нужда). Постепенно их объём расширился, стали учитываться также «желание мужа» и «желаемое количество детей».

Реализация женщиной права свободно распоряжаться своим телом в вопросах прерывания беременности может вступать в противоречие с правами ребёнка, который ещё не родился. В этой связи актуализируются описанные выше дискуссии о статусе плода, о критериях, позволяющих однозначно определить начало существования человеческого индивида. Отметим здесь также то, что сторонники репродуктивных прав отцов требуют предоставления мужьям равного права распоряжаться беременностью их жён.

**2.1.2.2. Аборт как этическая проблема.** Дискуссии по проблеме абортов ведутся давно как в обществе, так и в кругу медицинских профессионалов. Однако прийти к единому мнению не удаётся ни на каком уровне, что подчёркивает сложность и неоднозначность проблемы.

С *медицинской* точки зрения, аборт представляет собой прерывание беременности до того срока, когда плод обретёт жизнеспособность (плод способен жить вне материнского лона с конца 28-й недели, с этого времени возможно опередить или ускорить роды, например, посредством кесарева сечения).

*Религиозная* мораль осуждает аборты.

*Католичество.* Энциклика Папы Павла VI «*Humanae vitae*» (1968): п. 14 «Основываясь на сих началах человеческого и христианского учения о браке, мы должны ещё раз заявить, что совершенно недопустимо использовать в качестве законного способа регулирования числа детей прямое прерывание уже начатого рождения и, в особенности, прибегать к аборту, даже если он делается в целях исцеления».

*Православие.* Основы социальной концепции Русской православной церкви (2000): п. XII. 2 «С древнейших времён Церковь рассматривает намеренное прерывание беременности (аборт) как тяжкий грех. Канонические правила приравнивают аборт к убийству. В основе такой оценки лежит убеждённость в том, что зарождение человеческого существа является даром Божиим, поэтому с момента зачатия всякое посягательство на жизнь будущей человеческой личности преступно». При этом Церковь подчёркивает равную ответственность отца при его согласии на аборт, а также право отца расторгнуть церковный брак в случае совершения женой аборта без его согласия. Лишь в случаях когда существует прямая угроза жизни матери при продолжении беременности, при наличии у неё других детей, в пастырской практике рекомендуется проявлять снисхождение.

Отметим, что и Православная, и Католическая Церкви говорят об ответственности врача, производящего аборт. Одновременно они призывают государства, где аборт легализован, признать право верующих медицинских работников на отказ от совершения аборта по соображениям совести при наличии возможности произвести данное действие другим медицинским работником.

*Иудаизм* рассматривает искусственное прерывание беременности как противоестественное и утверждает, что аборт и нежелание иметь детей противоречат самой истории и мессианскому предназначению еврейского народа.

*Ислам.* «Исламский кодекс медицинской этики» (Кувейт, 1981) осуждает современные тенденции разрешения абортов. Однако некоторые мусульманские авторы, опираясь на положения Корана, в исключительных случаях и с согласия обоих супругов допускают искусственный аборт при небольшом сроке беременности (до 100 дней).

*Буддизм.* Искусственный аборт есть разновидность убийства, независимо от стадии развития эмбриона.

*С нравственной* точки зрения, аборт есть преднамеренное убийство плода в материнской утробе. Этическое понятие более ограничительно: оно не включает в себя ни спонтанные, патологические по своей природе аборты, ни аборты, спровоцированные непреднамеренно (например, выкидыши). Для нравственного суждения решающее значение имеет объективная направленность на уничтожение плода либо как цели, либо как средства.

Искусственное прерывание беременности известно с древних времён и отношение к нему общества и государства было различным. В Древней Греции и Риме жизнь плода законодательно не охранялась. «Отец медицины» Гиппократ (460–370 гг. до н.э.) относился к абортам и контрацепции отрицательно. В сформулированной им врачебной клятве имеется фраза: «Я не вручу никакой женщине абортивного пессария». Однако уже Аристотель (385–323 гг. до н.э.) выражал более терпимую

точку зрения: «Если в браке зарождаются дети вопреки ожиданию, то плод может быть изгнан, прежде чем он начнет чувствовать и жить».

С установлением христианства отношение общества к абортам повсеместно стало отрицательным, а за его совершение следовало отлучение от Церкви. Константинопольский Собор 629 г. впервые установил наказанием за этот грех смертную казнь. Но спустя два века Майнцский собор отказался от такой сомнительной, с точки зрения христианского милосердия к заблудшим, резкости. Однако многие европейские страны сохранили тогда в своём праве наивысшую меру наказания за совершение аборта (новый виток ужесточения пришёлся на период Реформации). В целом для XIV–XVIII вв. характерна широкая вариабельность позиции государства по отношению к абортам. Обычно под жёсткий запрет они попадали после разорительных войн и опустошительных эпидемий, что было вызвано заботой о возобновлении населения. Начиная со времён Великой Французской революции, в большинстве европейских стран началась либерализация законодательства об абортах.

В мусульманских странах отношение к абортам также претерпевало изменения. Так в Османской империи в 1875 г. при дворе султана был издан приказ, чтобы всякая обитательница дворца в случае беременности делала себе аборт. В гареме султана для этой цели имелось специальное лицо – «кровавая повитуха».

Большевистское руководство декретом 1920 г. сделало Советскую Россию первой страной в мире, законодательно разрешившей совершение аборт по желанию женщины. Но уже в 1936 г. аборты вновь были поставлены вне закона, а в 1955 г. произошла их повторная легализация.

В рамках современной биоэтики выделяется три позиции по отношению к искусственному аборту:

*Либеральная позиция* основывается на примате права женщины принимать решения о сохранении/прерывании беременности вплоть до момента рождения ребёнка.

*Умеренная позиция* опирается на мнение, что плод развивается в человеческую личность постепенно, с увеличением срока беременности плод накапливает объём своих прав, в т.ч. и права на жизнь.

*Консервативная позиция* состоит в том, что аборт ни при каких условиях не имеет оправданий; статус плода не обсуждается, никакого промежуточного состояния не признаётся.

Данные подходы находят своё воплощение в законодательствах современных государств. Для стран Европы характерно четыре типа законов об аборте:

- 1) аборт по просьбе (Нидерланды, Франция, Германия и др.);
- 2) аборт по социальным и медицинским показаниям (Великобритания, Финляндия, Исландия и др.);

3) аборт при угрозе физическому или психическому здоровью женщины, например, при несовместимой с жизнью аномалии развития плода, беременностях в результате изнасилования, инцеста (Польша, Испания и др.);

4) аборт лишь в исключительных случаях, когда беременность представляет прямую угрозу жизни женщины (Ирландия, Сан-Марино, Монако и др.).

В Республике Беларусь абORTы законодательно разрешены. Их количество варьируется по годам. Например, в 2000 г. было совершено более 116 тысяч абORTов, а в 2014 г. – менее 25 тысяч. Сейчас ситуация с абОРтами несколько стабилизировалась. По данным Белстата на 100 родов сейчас приходится около 25 абORTов (для сравнения: в 1994 г. – 192, в 2000 г. – 130, в 2007 г. – 45).

Согласно правовому полю Республики Беларусь выделяется 3 группы оснований для абОРта:

- по желанию женщины без обоснования причин аборт проводится в срок до 12 недель;
- по медицинским показаниям прерывание беременности допускается на любых сроках, по желанию женщины;
- при наличии социальных показаний в срок до 22 недель.

Медицинские показания определяются Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Согласно Постановлению № 88 (от 10 декабря 2014 г.) к таким показаниям относят:

- со стороны матери: туберкулёз, вирусный гепатит, вызванные вирусом иммунодефицита человека заболевания, новообразования (злокачественные или неизвестного характера), болезни эндокринной системы, органические психические расстройства, шизофрения, ряд болезней системы кровообращения, органов пищеварения и др. (Заметим здесь в скобках, что во всех государствах медицинские показания к абОРту преподносятся как следствия состояния организма матери. Однако противники абОРтов обращают внимание, что на практике тем самым убийство плода становится как бы средством лечения женщины, что уже более неоднозначно);
- со стороны плода: нарушения обмена веществ у плода, врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения у плода, установленные пренатально, с неблагоприятным прогнозом для жизни, не имеющие эффективного лечения и/или сопровождающиеся умственной отсталостью.

Список социальных показаний для совершения абОРта утверждается Советом Министров Республики Беларусь. Согласно Постановлению № 23 (от 11 января 2013 г.) к ним относят:

- беременности в результате изнасилования,
- беременности у лиц, которые решением суда лишены родительских прав.

Для сравнения, до сокращения этого списка к социальным показаниям в нашей стране относили: факт пребывания женщины или её мужа в местах лишения свободы; наличие инвалидности I, II группы у мужа; наличие ребёнка-инвалида с детства; смерть мужа во время беременности женщины; расторжение брака во время беременности; многодетность (наличие троих и более детей); признание женщины или её мужа безработными во время беременности женщины; наличие у женщины статуса беженца.

Отметим, что в Беларуси законодательно закреплено право врача-специалиста отказаться от проведения аборта по этическим соображениям посредством направления письменного уведомления об этом руководителю организации здравоохранения, а также при условии, что отказ непосредственно не угрожает жизни и/или здоровью женщины.

Одной из причин, способных склонить женщину к совершению аборта, могут стать результаты пренатальной диагностики, которая сама по себе также становится объектом этического осмысления.

Пренатальная диагностика предполагает выявление аномалий и пороков плода во время беременности с целью предоставления родителям и врачам достоверной информации о развитии плода. Данная информация может быть использована для:

- подготовки родителей к рождению больного ребёнка (психологически, для планирования раннего лечения, ухода и т.п.);
- создания условий для того, чтобы сделать роды более безопасными как для матери, так и для ребёнка;
- принятия решения о сохранении/прерывании беременности.

Как возражения против необходимости данной диагностики обычно приводят:

- присутствие погрешностей в самих процедурах, что может привести к постановке ложного диагноза;
- неоднозначность того, что считать тяжёлым заболеванием (медицина развивается, и то, что некоторое время назад было фатальным, сегодня успешно излечивается);
- реальность потребности родителей в подобной информации.

Существует мнение, что пренатальная диагностика нравственно оправдана только в том случае, если она направлена на лечение болезней на возможно более ранней стадии и подготовку родителей к рождению больного ребёнка.

### **2.1.3. Этический и правовой компоненты в вопросах репродуктивных технологий. Проблема материнства**

Не все люди способны иметь ребёнка. Для одних это стечение обстоятельств, для других – сознательный выбор, а для третьих – следствие проблем со здоровьем. Развитие медицинских технологий во второй половине XX в. сделало возможным подарить счастье родительства тем людям, которые хотели, но не могли завести детей. 25 июля 1978 г. в Великобритании родилась Луиз Браун, ставшая первым ребёнком, родившемся в результате искусственного (экстракорпорального) оплодотворения.

Сегодня существует около 10 основных вспомогательных репродуктивных технологий. Кратко рассмотрим некоторые из них.

*Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО)* – это наиболее распространенная методика, помогающая женщине забеременеть при бесплодии в паре. Назначается при низком качестве спермы или при физических барьерах, препятствующих встрече половых клеток в естественных условиях. В схему классического ЭКО входит стимуляция яичников пациентки с их последующей пункцией, подготовка яйцеклеток и сперматозоидов к оплодотворению, само оплодотворение в пробирке и последующий перенос зародыша в полость матки женщины. Эффективность однократной процедуры составляет примерно 33%.

*Перенос эмбрионов* подразумевает один из этапов процедуры ЭКО, который назначается как самостоятельная процедура, когда после извлечения яйцеклеток и их оплодотворения полученные зиготы были криоконсервированы. Эта манипуляция может понадобиться в случае, если предыдущая попытка искусственного оплодотворения не удалась, а также для увеличения шансов на наступление беременности (женщина пропускает менструальный цикл, в котором проводилась стимуляция яичников, чтобы стабилизировать гормональный фон в организме).

*Искусственная инсеминация* назначается, когда у пациентки нет проблем с овуляцией, но сперматозоиды по каким-то причинам не могут добраться до яйцеклетки и оплодотворить её, или в случаях, когда одинокая женщина решает стать матерью, воспользовавшись спермой донора. В ходе процедуры подготовленные сперматозоиды при помощи катетера помещаются в полость матки, что повышает шансы на благополучное зачатие. Эффективность процедуры составляет около 15%.

*ИКСИ* (от англ. intracytoplasmic sperm injection –интраплазматическая инъекция сперматозоида) рекомендуется партнёрам в ситуации, когда качество спермы низкое и необходимо «помочь» сперматозоиду оплодотворить яйцеклетку. Врач отбирает наиболее здоровую мужскую половую клетку и при помощи микроиглы вводит её внутрь женской половой клетки. Такая процедура значительно повышает шансы на наступление беременности при «мужском факторе» бесплодия.

*Донорство спермы и ооцитов* набирает популярность, ведь зачастую в основе бесплодия лежит именно патология родительских половых клеток. Преодолеть проблему можно с помощью банка спермы или яйцеклеток: при желании пациенты могут подобрать материал анонимного донора, имеющего схожие с ними черты внешности.

*Суррогатное материнство* может помочь в ситуации, когда пациентка физически не способна к беременности и родам – если у неё удалена матка или присутствует тяжёлая хроническая болезнь. Женщина, согласившаяся стать суррогатной матерью, не имеет генетического родства с будущим ребёнком. Данная технология заключается в соединении сперматозоида и яйцеклетки, изъятых из организма генетической матери, или донорской яйцеклетки вне организма женщины, развитии образовавшегося в результате этого соединения эмбриона, дальнейшем переносе данного эмбриона в матку суррогатной матери, вынашивании и рождении ею ребенка, который затем передаётся суррогатной матерью женщине, заключившей с ней договор суррогатного материнства.

*Преимплантационная диагностика наследственных болезней* – сравнительно новая услуга, позволяющая ещё до переноса эмбриона в полость матки исключить наличие у него генетической патологии. Такая процедура рекомендуется для семей, в которых есть тяжёлые наследственные заболевания, а также если возраст пациентки превышает 40 лет. Генетический анализ осуществляется вскоре после оплодотворения «в пробирке».

Применение вспомогательных репродуктивных технологий в нашей стране регламентируется Законом Республики Беларусь о вспомогательных репродуктивных технологиях (2012).

Практика оказания репродуктивных услуг вызывает горячие споры по всему миру, т.к. затрагивает множество этических вопросов (от отношения к «лишним» эмбрионам до психических травм суррогатной матери).

Согласно белорусскому законодательству, решение о дальнейшем использовании неостребованных половых клеток и эмбрионов в результате применения экстракорпорального оплодотворения принимает пациент. Это может быть:

- прекращение использования половых клеток, эмбрионов (по сути, их физическое уничтожение);
- криоконсервация половых клеток, эмбрионов (замораживание на длительный срок; на практике это содействует функционированию чёрного рынка по торговле эмбрионами, которая официально повсеместно запрещена);
- возможности использования половых клеток в научно-исследовательских целях, а эмбрионов – для совершенствования применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Последнее крайне негативно воспринимается значительной частью мирового сообщества. Создание эмбрионов для научных экспериментов осуждается всеми государствами и международными нормами. Но невостребованные в ходе вспомогательных репродуктивных технологий эмбрионы такую возможность предоставляют. Как особое направление развивается фетальная терапия и трансплантация – метод лечения с использованием эмбриональных тканей. Хотя его эффективность вызывает споры, оно пользуется популярностью среди состоятельных слоев населения. Абортивный материал и невостребованные эмбрионы здесь используют для приготовления определённых средств (противники этого направления усматривают в нём изощрённую разновидность каннибализма).

Происходящая коммерциализация и технологизация родительства вызывает большие опасения у религиозных организаций, которые, по меньшей мере, призывают относиться к таким методам с величайшей осторожностью. Ведь репродуктивные технологии разрушают естественные пути и ритмы развития человека, атакуют родительские чувства и модели семейных взаимоотношений. По большому счёту, «производство» человека становится такой же технологией, как производство телят на фермах и шкафов на фабриках, а человеческие эмбрионы уподобляются лабораторным крысам. Также последовательная реализация репродуктивных технологий значительно уменьшает шансы детей-сирот обрести новых родителей.

Таким образом, нравственный фактор сегодня становится крайне важным для дальнейшего развития биологии и медицины. Именно научные открытия послужили причиной того, что этика, имеющая прямое отношение к проблемам человеческой жизни, становится объектом пристального внимания не только среди круга специалистов, но в самом широком смысле становится связующим звеном, позволяющим разрешить, с одной стороны, проблему доверия всех членов общества к тому пути, который очерчивается наукой и государством, а с другой стороны, очертить границы необходимого для развития общества научного познания.

### **Этико-правовые документы**

#### **Статья 23 Закона Республики Беларусь «О вспомогательных репродуктивных технологиях»:**

Суррогатная мать имеет право на:

- обеспечение условий, необходимых для проживания;
- обеспечение условий, необходимых для вынашивания ребенка (детей);



– оказание услуг по договору суррогатного материнства на возмездной основе, а в случаях, предусмотренных настоящим Законом, - и на безвозмездной основе;

– возмещение расходов на медицинское обслуживание, питание, проживание в период вынашивания, родов и в послеродовой период, если иное не предусмотрено договором суррогатного материнства;

– государственные пособия, назначаемые в соответствии с законодательством;

– иные права, предусмотренные договором суррогатного материнства.

Суррогатная мать обязана:

– представить женщине, заключившей с ней договор суррогатного материнства, и ее супругу информацию о результатах медицинского осмотра, а также информацию о состоянии здоровья своего ребенка;

– проходить медицинский осмотр в сроки, определенные лечащим врачом;

– выполнять все предписания лечащего врача и представлять женщине, заключившей с ней договор суррогатного материнства, и ее супругу информацию о состоянии своего здоровья и состоянии здоровья вынашиваемого ребенка (детей);

– передать женщине, заключившей с ней договор суррогатного материнства, ребенка (детей) после его (их) рождения в срок, предусмотренный договором суррогатного материнства;

– хранить в тайне сведения о заключении договора суррогатного материнства и о лицах, заключивших такой договор;

– выполнять иные обязанности, предусмотренные договором суррогатного материнства.

### **Статья 27 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»:**

Женщине предоставляется право самостоятельно решать вопрос о материнстве.

В организациях здравоохранения должны быть созданы условия и обеспечено проведение предабортного психологического консультирования женщин, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности.

По согласию женщины в организациях здравоохранения после консультации с врачом-специалистом, а в отношении несовершеннолетней также при наличии письменного согласия её законного представителя может быть проведено искусственное прерывание беременности (аборт) при сроке беременности не более 12 недель.

При наличии медицинских показаний и согласия женщины, а в отношении несовершеннолетней также при наличии письменного согласия её законного представителя искусственное прерывание беременности проводится независимо от срока беременности в государственных

организациях здравоохранения. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности устанавливается Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Искусственное прерывание беременности у женщины, признанной в установленном порядке недееспособной, проводится независимо от срока беременности при наличии медицинских показаний с письменного согласия ее опекуна.

Искусственное прерывание беременности у женщины, не способной по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, проводится при наличии медицинских показаний с письменного согласия лиц, указанных в абзаце четвертом части второй статьи 18 настоящего Закона.

В исключительных случаях при наличии медицинских показаний, не указанных в перечне медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, при которых продолжение беременности и роды представляют угрозу для жизни женщины или могут причинить вред ее здоровью, вопрос об искусственном прерывании беременности по медицинским показаниям решает врачебно-консультационная комиссия организации здравоохранения.

При наличии социальных показаний и согласия женщины проведение искусственного прерывания беременности допускается при сроке беременности не более 22 недель в государственных организациях здравоохранения. Перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности устанавливается Советом Министров Республики Беларусь.

Врач-специалист имеет право отказаться от проведения искусственного прерывания беременности, письменно уведомив об этом руководителя организации здравоохранения, если отказ непосредственно не угрожает жизни и (или) здоровью женщины. После получения письменного уведомления врача-специалиста руководитель организации здравоохранения должен организовать женщине проведение искусственного прерывания беременности другим врачом-специалистом.

### **Основы социальной концепции Русской Православной Церкви (выдержки)**

Широкое распространение и оправдание аборт в современном обществе Церковь рассматривает как угрозу будущему человечеству и явный признак моральной деградации. Верность библейскому и святоотеческому учению о святости и бесценности человеческой жизни от самых её истоков несовместима с признанием «свободы выбора» женщины в распоряжении судьбой плода. Помимо этого, аборт представляет собой серьёзную угрозу физическому и душевному здоровью матери. Церковь также неизменно почитает своим долгом выступать в защиту наиболее

уязвимых и зависимых человеческих существ, коими являются нерождённые дети. Православная Церковь ни при каких обстоятельствах не может дать благословение на производство аборта. В случаях, когда существует прямая угроза жизни матери при продолжении беременности, особенно при наличии у неё других детей, в пастырской практике рекомендуется проявлять снисхождение.

Ответственность за грех убийства нерождённого ребенка, наряду с матерью, несёт и отец, в случае его согласия на производство аборта. Если аборт совершен женой без согласия мужа, это может быть основанием для расторжения брака. Грех ложится и на душу врача, производящего аборт. Церковь призывает государство признать право медицинских работников на отказ от совершения аборта по соображениям совести. Нельзя признать нормальным положение, когда юридическая ответственность врача за смерть матери несопоставимо более высока, чем ответственность за погубление плода, что провоцирует медиков, а через них и пациентов на совершение аборта. Врач должен проявлять максимальную ответственность за постановку диагноза, могущего подтолкнуть женщину к прерыванию беременности; при этом верующий медик должен тщательно сопоставлять медицинские показания и веления христианской совести.

Применение новых биомедицинских методов во многих случаях позволяет преодолеть недуг бесплодия. В то же время расширяющееся технологическое вмешательство в процесс зарождения человеческой жизни представляет угрозу для духовной целостности и физического здоровья личности. Под угрозой оказываются и отношения между людьми, издревле лежащие в основании общества. В мире постепенно вырабатывается отношение к человеческой жизни как к продукту, который можно выбирать согласно собственным склонностям и которым можно распоряжаться наравне с материальными ценностями.

Манипуляции, связанные с донорством половых клеток, нарушают целостность личности и исключительность брачных отношений, допуская вторжение в них третьей стороны. Кроме того, такая практика поощряет безответственное отцовство или материнство, заведомо освобождённое от всяких обязательств по отношению к тем, кто является «плотью от плоти» анонимных доноров. Использование донорского материала подрывает основы семейных взаимосвязей, поскольку предполагает наличие у ребёнка, помимо «социальных», ещё и так называемых биологических родителей. «Суррогатное материнство», то есть вынашивание оплодотворённой яйцеклетки женщиной, которая после родов возвращает ребёнка «заказчикам», противоестественно и морально недопустимо даже в тех случаях, когда осуществляется на некоммерческой основе. Эта методика предполагает разрушение глубокой эмоциональной и духовной близости, устанавливающейся между матерью и младенцем уже во время беременности.

## **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Духовный смысл жизни в различных философских концепциях.
2. Понятие жизни в биомедицинском смысле слова.
3. Демографическая политика в Республике Беларусь.
4. Государственная поддержка семей и рождаемости в Республике Беларусь.
5. Биоэтика современных представлений о возникновении и начале человеческой жизни.
6. Натуралистическое и социологическое направления в этике жизни.
7. Историческая и социальная эволюция взглядов медицинских работников на проблему половой жизни, беременности, жизни плода.
8. Этические аспекты, связанные с определением статуса эмбриона и возможностью исследовательских манипуляций с ним.
9. Современные взгляды на этические проблемы контрацепции и стерилизации.
10. Либеральная, консервативная и умеренная биоэтика: общее и различное в отношении к аборту.
11. Этические проблемы регулирования рождаемости и аборта.
12. Суррогатное материнство.
13. Проблема материнства.
14. Криоконсервация эмбрионов.
15. Задачи медицинских работников по предупреждению врожденных уродств, аборта, заболеваний СПИДом.
16. Декларация Осло о медицинских абортах (1983),
17. Брюссельская декларация Всемирной медицинской ассоциации об оплодотворении (1985)
18. Декларация ВМА об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов (1987).

## 2.2 БИОЭТИКА СМЕРТИ И УМИРАНИЯ

2.2.1. Проблема смерти в биоэтическом и медицинском измерениях.

2.2.2. Проблема эвтаназии в современной культуре: аргументы за и против. Законодательство Республики Беларусь об эвтаназии.

2.2.3. Проблема отношения медиков к умирающим. Милосердие с позиций биоэтики. Этические основы современной паллиативной медицины. Хосписное движение.

### 2.2.1. Проблема смерти в биоэтическом и медицинском измерениях

Значительное место в современной культуре занимает феномен смерти. Жизнь человека ограничена зачатием и смертью. Смерть – естественный этап, венчающий конец жизни.

Французский исследователь Филипп Арьес подмечает любопытную особенность общества: «отрицать смерть и избегать мыслей о ней и в то же время быть необычайно озабоченным ею» [6]. Особенно обсуждаемыми областями проблемы смерти являются такие ее аспекты, как философское понятие смерти, ее медицинские и юридические критерии, процесс умирания др.

Сложность в понимании смерти человека сегодня заключается в том, что данное понятие понимается, с одной стороны, как уже состоявшееся законченное действие полного распада жизненных процессов, а с другой стороны, смерть – это определенный динамический процесс, имеющий свои этапы протекания (и не всегда ясна их четкая грань в отношении разграничения и окончательной констатации конечности существования человека как биосоциального существа).

Понятие смерти как мгновенного и необратимого прекращения жизнедеятельности организма и его важнейших психофизиологических функций стало формироваться около 400 лет назад, но только в XX в. обрело научный термин – биологическая смерть. Вплоть до 60-х гг. XX в. единственным критерием смерти человека была остановка дыхания и сердцебиения – *кардио-пульманологический критерий*. Именно *мгновенность и необратимость* были основой медицинских критериев смерти [23, 107–116].

К середине XX в., благодаря развитию реаниматологии, смерть превратилась в *процесс*, в который можно и нужно вмешиваться, который можно останавливать, возвращая человека к жизни. В связи с этим необходимо понимать, что смерть – это последовательно протекающий биологический процесс, изменение человеческого организма, переходящего из бытия в небытие. В зависимости от различия этапов умирания, их определения употребляются разные названия смерти: *клиническая смерть*; *смерть органов*, в частности смерть мозга; *биологическая смерть*.

Особенностью клинической смерти является то, что патологические изменения во всех органах и системах носят обратимый характер, но только на протяжении незначительного временного интервала, характеризующего стадию наступления клинической смерти (5–6 минут, иногда может быть и меньше). Этот небольшой интервал и есть интервал еще сохраняющейся жизни. Медицинские работники в период наступления клинической смерти должны активно проводить пациенту все необходимые меры помощи. Причинами, приводящими к клинической смерти, могут быть: обильное кровотечение, электротравма, утопление, рефлекторная остановка сердца, острое отравление и др.

В 1968 году специальный комитет Гарвардской медицинской школы опубликовал свой отчет о работе, в котором предложил, наряду с традиционным критерием, использовать новый – «смерть всего мозга» (неврологический критерий) и, таким образом, предоставить врачам законное право использовать органы пациента в трансплантологии.

Концепция смерти мозга базируется на выводах современной биологической науки о теории мозга, как центрального интегратора человеческого организма: именно центральная нервная система, включающая ствол мозга, является контролирующим центром живого организма; без работы центральной нервной системы живой организм – это всего лишь совокупность живых клеток, что не позволяет говорить о качестве жизни (так как человек – не растение, а высокоорганизованная биосоциальная единица).

После смерти мозга, который является органом, наиболее чувствительным к остановке кровообращения, постепенно наступает биологическая смерть других органов и тканей. Некоторые из них гибнут относительно быстро (например, сердце и почки – около 20 минут), другие, наоборот могут сохранять свою жизнеспособность несколько часов, (кровь или роговая оболочка глаза пригодны для трансфузии и трансплантации в течение 6–8 часов после смерти). Отмирание тканей, наступающее в строгой последовательности, служит основанием для определения времени смерти. По истечении приблизительно 24 часов ткани всего организма считаются уже биологически мертвыми. Биологическая смерть – это уже необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях.

Новый критерий «смерть мозга» стал объектом серьезных споров и критики, как со стороны медицинских работников, так и со стороны этиков, религиозных представителей, юристов, общества.

В биоэтике проблема смерти и умирания человека рассматривается с позиций современных научных представлений о том, что смерть – это состояние полного прекращения жизнедеятельности человека. Прекращается функционирование всех органов и систем человеческого организма и наступает состояние, при котором невозможны никакие виды активности человека – ни духовная, ни психологическая, ни социальная, ни

физиологическая. Вся духовная и социальная жизнь человека понимается как результат психической деятельности, а психика является свойством высокоорганизованной материи – мозга. Смерть мозга становится для человека одновременно смертью и во всех остальных отношениях. Необратимость физиологических изменений, наступающих в момент биологической смерти, означает прекращение существования человека в определенном качественном состоянии как материального объекта – во всей полноте его физиологических, психологических, социокультурных, духовных характеристик как человека, представителя земного рода *homo sapiens*. Человек гибнет как целостная биосоциальная сущность. Смерть – это естественное состояние, которым завершается жизнь человека.

Таким образом, традиционное понимание смерти претерпело существенную трансформацию в современной культуре. Отношение человека к смерти выстраивает всю систему моральных взаимоотношений. Развитие науки все больше свидетельствует о том, что смерть человека невозможно констатировать, оставаясь в пределах его биологических механизмов жизнедеятельности. Значит, надо найти новую точку отсчета для ее осмысления, попытаться понять, что смерть является процессом, с которым человек соприкасается здесь и сейчас, процессом, начало которого не укладывается в привычные рамки биологического измерения.

Развитие биотехнологий, представление смерти как длительности, не только биологической, но и социальной, множественность критериев смерти также затрудняют поиск универсального ответа на вопрошание человека о смерти. Современные споры биоэтики о критериях смерти, попытки выделить феномен «социальной смерти», пока еще только приоткрывают направления нового осмысления человеком собственного бытия.

Критерии жизни и смерти человека детерминируются сегодня не только результатами медико-биологических научных исследований, но и доминирующим в культуре аксиологическим отношением к жизни и смерти, пониманием сущности и предназначения человека, прав и свобод личности. По мнению автора, только нахождение оптимального соответствия между ними позволит выйти на определение норм деятельности врача при решении этих открытых проблем.

### **2.2.2. Проблема эвтаназии в современной культуре: аргументы за и против. Законодательство Республики Беларусь об эвтаназии**

В системе ценностей современного общества произошла эволюция: во второй половине XX века все чаще стали говорить не только о праве человека на жизнь, но и о *праве на достойную смерть*.

До середины XX в. вопрос о призвании врача и целях медицины был очевидным: врач должен бороться с болезнью, поддерживать здоровье пациента, облегчать его страдания и, по мере возможности, продлевать ему жизнь. В новых условиях продление жизни зачастую оборачивается не

облегчением, а продлением вместе с жизнью и страданий больного. Поэтому возникает вопрос, решение которого зависит от господствующих в медицинской культуре ценностей и который требует от врача внутреннего самоопределения: не превращается ли благороднейшая и гуманнейшая задача медицины – *борьба с болезнью* – в свою противоположность – *борьбу за поддержание болезни* на максимально долгий срок [21, с.89]. В связи с этим высвечивается и другая проблема. Вступают в противоречие право пациента на *жизнь*, требующее от врача спасти жизнь пациента, иногда вопреки его желанию, и право пациента на *моральную автономию* – право принимать собственное решение, возможно, ценой его жизни, требующее от врача уважать его обдуманное решение.

Сегодня огромное количество философских, юридических, медицинских работ посвящается праву человека на смерть, связанному с «пограничными ситуациями» его жизни.

**Эвтаназия** (греч. *ευ* – хорошо + *θάνατος* – смерть) – практика прекращения жизни человека или животного, страдающего неизлечимым заболеванием, находящегося в терминальном состоянии, с целью избавления его от страданий. Этот термин был предложен английским философом Френсисом Бэконом еще в XVII веке для определения "легкой смерти".

Выделяют два вида эвтаназии: *пассивная* (намеренное прекращение медиками поддерживающей терапии больного) и *активная эвтаназия* (введение умирающему лекарственных средств либо другие действия, которые влекут за собой быструю смерть). К активной эвтаназии часто относят и самоубийство с врачебной помощью (предоставление больному по его просьбе препаратов, сокращающих жизнь).

Проблема эвтаназии поднимает такие важные вопросы, как ускорение смерти тех, кто переживает тяжкие страдания, забота об умирающих, предоставление человеку возможности умереть. Проблема эвтаназии порождает многочисленные дискуссии, в которых одни отвергают эвтаназию как акт убийства, другие рассматривают ее как панацею от всех бед. Эвтаназия вступает в противоречие с клятвой Гиппократата: «Клянусь не давать смертельного лекарства, даже если меня об этом попросят, или советов, которые могут привести к смерти». Сегодня использование медициной новейших средств позволяет продлить биологическое существование человека на бесконечно долгий срок, превращая порой несчастных пациентов и их близких в заложников сверхгуманизма.

Христианство, иудаизм, ислам выступают против эвтаназии. В основе христианства лежит постулат о том, что жизнь священна и неприкосновенна. На нее никто не имеет права посягать, в том числе ни врач, ни сам человек.

Право человека распоряжаться собственной жизнью и отказ от негуманного, уничтожающего его достоинство лечения, выступают



основным аргументом сторонников активной эвтаназии. Святость человеческой жизни, возможность врачебной ошибки при безнадежном диагнозе, развитие медицины и вероятность излечения в скором будущем тех болезней, которые сегодня еще не лечатся, опасность злоупотреблений, если эвтаназия будет узаконена и т. п. являются вескими аргументами против активной эвтаназии. Все эти проблемы свидетельствуют о том, что эвтаназия – это междисциплинарная научная и комплексная социокультурная проблема, требующая для своего разрешения профессиональных и нравственных усилий философов, медиков, юристов, священнослужителей, всех заинтересованных людей.

В обществе отношение к смерти обсуждается довольно активно. Сегодня с демократизацией общества и возрастанием прав человека все больше людей считают, что каждый имеет право умереть, не позволяя продлевать свою жизнь искусственно. Решающий аргумент – чрезмерные страдания умирающего, которые врачи не могут облегчить. Однако если осознание права человека на достойную смерть постепенно укореняется в культуре, то поиск путей его реализации остается сложнейшей биоэтической проблемой, которая интенсивно обсуждается в двух направлениях: как *проблема эвтаназии* и как *проблема паллиативной медицины*, находящей свое воплощение в создании *хосписов*.

На территории Республики Беларусь осуществление эвтаназии, в том числе с помощью медицинских (фармацевтических) работников, запрещено (Ст. 31 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»). Лицо, сознательно побудившее другое лицо к эвтаназии и (или) осуществившее эвтаназию, несет ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

### **2.2.3. Проблема отношения медиков к умирающим. Милосердие с позиций биоэтики. Этические основы современной паллиативной медицины. Хосписное движение**

На протяжении долгого времени умирание больных происходило дома, когда больной находился в самый тяжелый период его жизни среди родных и близких.

Сегодня большое количество больных умирают в медицинских учреждениях. Этот факт актуализировал новые проблемы: отношение к умирающему, оказания ему психологической помощи и поддержки, преодоления сопутствующих умирающему мучительных психологических переживаний, усугубляющих страдания больного.

В биоэтике милосердие понимается как сострадание человеческому горю, желание помочь человеку переносить боль, муки, чувство одиночества, беду.

Одна из серьезных этических проблем во взаимоотношениях медиков и терминальных пациентов, их родственников – выполнение принципа

*информированного согласия* (рассказать больному правду о его смертельном диагнозе, и предполагаемая реакция пациента, родственников на этот диагноз). Говорить правду больному – необходимая современная тенденция. Однако прежде чем открывать страшный диагноз больному, необходимо принять во внимание текущее состояние и динамику психологической реакции у конкретного терминального больного. В связи с этим необходимо правильно оценить реальную конкретную ситуацию. Если больной имеет ярко выраженную реакцию отрицания, не желает знать о смертельности собственной болезни, то, наверное, и не надо раскрывать ему всю правду о тяжести состояния его здоровья, поскольку раскрытый диагноз «убьет его».

Изменения личности, происходящие в итоге хронического неизлечимого заболевания, измененное состояние сознания больного часто не позволяют сообщать ему всю правду о диагнозе и состоянии. В беседах с пациентом важно учитывать, что он хочет знать и чего боится. Именно это является ориентиром в разъяснении больному сущности болезни для оптимального проведения лечения. Рекомендуется простым языком и дозировано разъяснить тяжелобольному или умирающему причину и особенности его состояния. Одновременно с оглашением диагноза необходимо давать в приемлемой форме и надежду.

Большое значение имеет психологическая поддержка больного его родственниками, друзьями. Врач должен учитывать систему семейных взаимоотношений. Следует избегать большого информирования семьи о состоянии больного с одновременной недостаточностью представления такой информации самому больному. Желательно, чтобы больной и родственники владели примерно одинаковым объемом информации о болезни.

**Паллиативная медицина** – область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний преимущественно в терминальной стадии развития ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), **паллиативная помощь** – это деятельность, направленная на улучшение качества жизни, раннее выявление болезни и предупреждение физических, психических, психологических, социальных и духовных страданий больных со смертельным диагнозом, с различными нозологическими формами хронических заболеваний.

Вопросы паллиативной помощи, особо остро заявили о себе в 70-е гг. XX в. и инициировали создание специальных учреждений – хосписов. Понятие хосписа включает понятие глубочайшего милосердного отношения человека к страданиям другого человека.

**Хоспис** – это медико-социальное учреждение, в котором группа профессионалов оказывает комплексную помощь больному, нуждающемуся в облегчении страдания – физического, психосоциального и духовного, связанного с заболеванием, излечить которое невозможно, и которое неминуемо должно привести к смерти в обозримом будущем. Хоспис – это отдельная философия, в основе которой лежит отношение к больному как к личности до самой последней минуты его жизни со стремлением облегчить его страдания, учитывая его желания и предпочтения. Больной поступает в хоспис не умирать, а для проведения мероприятий, направленных на купирование боли, с которыми он и его лечащий врач не могут справиться в домашних условиях. Больным и их родственникам в хосписе предоставляется психологическая, социальная и духовная поддержка.

Профессиональная комплексная помощь со стороны хосписа предоставляется не только самому пациенту, но и его семье на протяжении всего периода сопровождения больного, включая особую психологическую поддержку после утраты близких людей.

Идея хосписа предполагает отношение к смерти как к естественной стадии жизни, приближение которой нужно встречать с достоинством. Хоспис – единственное место, где смерть человека обладает тем нравственным смыслом, о котором много пишут православные богословы и современные психологи. Практика хосписов вносит серьезные коррективы в ценностные ориентиры профессиональной этики врача. Опыт хосписов отрицает «святую ложь» как обычай, игнорирующий индивидуальный подход. В хосписах никому не навязывают правду о неизбежности скорой смерти, но в то же время откровенно обсуждают эту тему с теми, кто этого хочет. Пациенты, которые не хотят знать правду, имеют право и возможность не знать ее.

Можно предположить, что хосписы окажут в будущем благотворное влияние на медицину. Во-первых, накопленное здесь особое искусство ухода за тяжелобольными, в том числе умирающими, должно использоваться врачами и медсестрами, работающими с подобными пациентами вне хосписов. Во-вторых, в век высокотехничной и узкоспециализированной медицины необходимо реабилитировать древнейшую этическую заповедь медицины «Благо больного – высший закон».

### **Этико-правовые документы**

#### **Статья 3. Всеобщая декларация прав человека (1948)**

Каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и на личную неприкосновенность.

#### **Статья 31 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»:**

Эвтаназия – удовлетворение просьбы пациента о прекращении жизнедеятельности его организма и наступлении смерти посредством каких-либо действий (бездействия) с целью избавления от мучительных страданий, вызванных неизлечимым заболеванием.

На территории Республики Беларусь осуществление эвтаназии, в том числе с помощью медицинских (фармацевтических) работников, запрещено.

Лицо, сознательно побудившее другое лицо к эвтаназии и (или) осуществившее эвтаназию, несет ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

### **Темы докладов, рефератов и творческие задания**

1. Право на жизнь и право на смерть.
2. Сущность эвтаназии.
3. Виды эвтаназии.
4. Аргументы за и против эвтаназии.
5. Практика применения эвтаназии в некоторых странах.
6. История отечественного законодательства, регламентирующего отношение к эвтаназии.
7. Этические взгляды врачей на проблему умирания, смерти.
8. Э. Кюблер-Росс о смерти и умирании.
9. Возможности клинической реаниматологии.
10. Этические аспекты реаниматологии.
11. Всемирная медицинская ассоциация и проблемы эвтаназии.
12. Суициды, их причины и профилактика.
13. Эвтаназия и суицид: соотношение понятий.
14. Служба экстренной психологической помощи.
15. Истоки и сущность паллиативной медицины.
16. Хоспис как альтернатива эвтаназии.
17. История становления и организация хосписов.
18. Принципы работы хосписов.
19. Штат хосписа. Обучение персонала.
20. Стандарты хосписного попечительства над детьми.
21. Этические и социальные заповеди хосписа.
22. Формы организации хосписов.
23. Реанимация и морально-этические проблемы «управления умиранием».
24. Медицинские критерии смерти человека: моральные проблемы.
25. Проблема эквивалентности смерти мозга и смерти человека.
26. Нравственная ответственность врача «перед лицом смерти».
27. Право на правду о последнем диагнозе.
28. Смерть и умирание как стадия жизни.

## 2.3. ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

2.3.1. Понятие трансплантации. Трансплантология: история и современность.

2.3.2. Моральные и правовые проблемы трансплантологии.

### 2.3.1. Понятие трансплантации. Трансплантология: история и современность

Одной из самых быстро развивающихся медицинских технологий конца XX – начала XXI века является трансплантация. **Трансплантация** (от лат. *transplantare* – пересаживать) – замещение тканей или органов, отсутствующих у пациента или пораженных патологическим процессом, собственными тканями, органами либо взятыми из другого организма с последующим их приживлением, которое осуществляется посредством проведения хирургической операции. Существуют различные виды трансплантации: пересадка в пределах одного организма (*ауто трансплантация*), или от одного организма другому того же вида (*гомотрансплантация*), или другого вида (*гетеротрансплантация*), или в пределах разных видов (*ксенотрансплантация*), а также пересадка искусственных органов и органов, выращенных из стволовых клеток.

**Трансплантология** – учение о пересадке (трансплантации) органов и тканей – особое научно-практическое направление, выходящее за рамки собственно медицины. Трансплантология интегрирует достижения научно-технического прогресса, успехи многих фундаментальных и прикладных наук, различные профессии и специальности, а также философские, этические и эстетические, правовые и религиозные концепции. Трансплантология поглощает и реализует огромный объем интеллектуального продукта человеческой культуры. Драматизм ситуации всякий раз заключается в необходимости, а точнее, в неизбежности решения проблемы: один – отдает, другой – получает. И, тем не менее, замечательно, что мечта человечества о замене больных поврежденных органов новыми вышла за пределы фантастики и в настоящее время достаточно широко реализуется.

**Из истории трансплантологии.** Трансплантология прошла большой и суровый путь. Попытки осуществить пересадку органов известны давно. В Италии, в музее Св. Марка, есть фрески XV в., на которых изображены святые III в. Козьма и Дамиан в момент приживления больному ноги недавно умершего человека. Расцвет экспериментальных исследований, направленных на развитие трансплантологии, приходится на конец XIX – нач. XX вв.:

- 1858 год – **Броун-Секар Шарль** впервые оживил отсеченную голову

собаки

- 1896 год - **Гуард** предложил термины: аутотрансплантация, гомотрансплантация и гетеротрансплантация.
- 1902 год – **Эммерих Ульман** впервые пересаживает почку в эксперименте на собаках (от свиньи).
- 1906 год – **Жабуль Матье** выполняет две первые ксенотрансплантации почки человеку, используя свинью в качестве донора.
- 1909 год – **Эрнст Унгер** пересаживает почку от обезьяны человеку.
- 1931 год – первая в мире пересадка кадаверной почки **Ю. Вороним**
- 1937 год – первая имплантация искусственного сердца **В. Демиховым**.
- 1952 год – первые успешные пересадки почки от живых доноров в клинике **Д. Хьюма**.
- 1964 год – пересадка сердца от шимпанзе, выполненная **Д. Харди**.
- 1965 год – первая в России успешная пересадка почки **Б. Петровским**.
- 1966 год – первая трансплантация поджелудочной железы вместе с почкой **В. Келли, Р. Лиллихей**.
- 1967 год – первая успешная трансплантация печени у человека **Т. Старлзом**.
- 1967 год – первая успешная пересадка сердца от человека к человеку, выполненная **К. Бернардо**.
- 1981 год – трансплантация комплекса «сердце-лёгкое» **Б. Рейсом**.
- 1983 год – первая успешная трансплантация лёгкого **Д. Купером**.
- 1986 год – первая в России успешная пересадка сердца в клинике **В. Шумаковым**.

Возможности современной медицины позволяют произвести пересадку едва ли не любого органа – сердца, легких, печени, почки, поджелудочной железы и др. Более того, пересадка некоторых органов (почки, например) стала «штатным» вмешательством в арсенале многих хирургических учреждений мира.

**Развитие трансплантологии в Республике Беларусь.** В Беларуси становление трансплантологии относится к 70-м годам XX века. На базе клиники урологии Минского государственного медицинского института в четвертой больнице Минска академик **Н.Е.Савченко** провел самую первую операцию по пересадке почки (1974 г.). После первой пересадки почки, трансплантология в стране начала постепенно развиваться (первая трансплантация костного мозга была осуществлена в 1993 г., первая трансплантация стволовых клеток человека – в 1997 г.) и достигла 40-50 операций в год. 4 марта 1997 г. был принят Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека». Однако к 2005 году показатели заметно снизились: 8 операций в год. В результате Беларусь оказалась на предпоследнем месте среди стран бывшего СССР (0,8 трансплантаций на один миллион населения).

Возникла необходимость принятия решений на государственном уровне. В целях реализации права населения Республики Беларусь на охрану жизни и здоровья, а также в целях обеспечения правовых и организационных основ государственного регулирования в области трансплантации органов и тканей человека, Президентом Республики Беларусь 9 января 2007 года был подписан Закон Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» от 4 марта 1997 г.

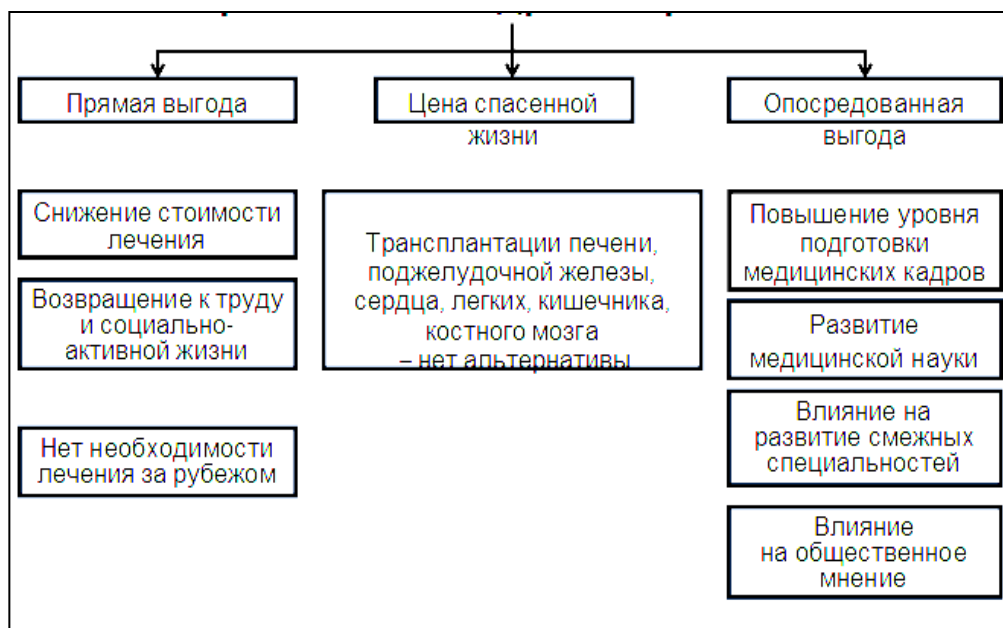
С этого времени начинается активное развитие трансплантологии в стране: 3 апреля 2008 г. – осуществлена первая трансплантация печени в Республике Беларусь, 13 февраля 2009 г. – первая трансплантация сердца, 6 апреля 2009 г. – первая родственная пересадка почки ребёнку, 14 апреля 2009 г. – первая трансплантация печени при гепатоцеллюлярном раке, 12 июня 2009 г. – первая симультанная трансплантация почки и поджелудочной железы, 4 сентября 2009 г. – первая трансплантация печени ребёнку. Количество трансплантаций в год снова стало расти, и за 10 лет увеличилось в 55 раз.

15 марта 2010 г. на базе УЗ «9-я городская клиническая больница» был открыт Республиканский научно-практический центр «Трансплантации органов и тканей» (руководитель – член-корр. НАН Беларуси, д.м.н., профессор **О.О. Руммо**). С этого времени наблюдается активизация работы в области органного донорства и в регионах, были созданы полноценные региональные отделения во всех областных центрах страны. Статистика показывает, что уже на 2015 год было проведено 445 операций по трансплантации (47 на один миллион населения). После таких достижений Беларусь стала в одном ряду с Германией и Италией, заняла 28 место среди ведущих стран в области трансплантации органов и 1 среди стран бывшего СССР. В 2016 число трансплантаций в год не переставало увеличиваться и составило 500 операций (50 на один миллион населения). Время ожидания операции по пересадке органов уменьшается. В качестве примера можно привести трансплантацию почки, время ожидания которой около 13 месяцев, что является одним из лучших показателей в Европе. Республика Беларусь вошла в число ведущих стран мира в области трансплантации органов. Уровень развития трансплантологии стал общепризнанным индикатором развития медицины в стране. Трансплантология стимулирует успех развития целого ряда областей медицины: хирургии, иммунологии, генетики, реаниматологии и анестезиологии, медицинской науки в целом. Развитие научных дисциплин, связанных с трансплантологией, обеспечивает улучшение результатов лечения пациентов с пересаженными органами и тканями: снижение числа отторжений трансплантата, увеличение 5-летней выживаемости после трансплантации почки (до 90%), костного мозга (до 70%), печени (до 80%) и др. На сегодня трансплантация органов – одно из самых динамично

развивающихся направлений высокотехнологичной медицинской помощи в Республике Беларусь [25, 258-266].

Значение высоких технологий, в частности трансплантации, в медицине и практическом здравоохранении представлено в *таблице «Место и роль трансплантации органов и тканей в практическом здравоохранении»*.

### Место и роль трансплантации органов и тканей в практическом здравоохранении



### 2.3.2. Моральные и правовые проблемы трансплантологии

Трансплантология сегодня – это вершина развития здравоохранения в любой стране. Ее успехи не только свидетельствуют о высоком уровне внедрения медицинских инноваций и современных технологий лечения, но и демонстрируют степень общественного доверия к системе здравоохранения в целом. Еще в 1990 году Всемирный конгресс по трансплантологии отметил, что трансплантация – единственная область медицины, которая не может существовать без публичного участия. Публичное участие достигается через систему работы со средствами массовой информации, через осуществление диалога с общественными организациями и религиозными конфессиями, а также в высокой степени определяет социально-этические основы и правовую базу самой клинической трансплантологии.

Этическое и правовое регулирование механизмов трансплантации органов и тканей человека – важнейшее направление современной биоэтики. Основные этико-правовые проблемы трансплантологии включают в себя, прежде всего, проблему *справедливого распределения*



*дефицитных ресурсов здравоохранения; проблему донора и реципиента (особенно при трансплантации таких непарных жизненно важных органов, как сердце, печень, поджелудочная железа и т.д.); согласия потенциального донора на изъятие органов; моральные проблемы процедуры забора органов от живых доноров; моральные проблемы пересадки органов от умершего донора; проблемы этически корректной диагностики смерти, дефицита органов и справедливости при распределении донорских органов; моральные проблемы трансплантации фетальных органов и тканей; этические аспекты ксенотрансплантации; опасности коммерциализации донорства и трансплантационного туризма [27, 243-252].*

Постановка и осмысление этих и других проблем в биоэтике способствуют принятию международных и национальных правовых актов и документов, в которых оговариваются права доноров и реципиентов, ограничения при пересадке органов, ответственность учреждений здравоохранения и медицинского персонала.

*Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине (Овьедо, 1997) и Дополнительный протокол к Конвенции о правах человека и биомедицине относительно трансплантации органов и тканей человека (2002)* необходимым условием для трансплантации провозгласили соблюдение следующих важнейших положений:

- трансплантация органов и тканей может быть осуществлена исключительно с лечебной целью и только в случае, если другие средства не могут гарантировать жизнь реципиенту;
- соблюдение принципов конфиденциальности и свободного информированного согласия, защита лиц, не способных дать согласие на изъятие органа, поощрение добровольного пожертвования органов и тканей;
- необходимым условием для трансплантации органа от живого донора является наличие близких родственных отношений между реципиентом и донором, определение того, какие именно отношения следует считать «близкими», отнесено к компетенции национального законодательства;
- изъятие органов у умершего лица не допускается, если требующееся в соответствии с законодательством страны согласие или разрешение не будет получено;
- органы и ткани не могут быть удалены у умершего лица, если это лицо не признано умершим в соответствии с законодательством страны;
- торговля органами и тканями запрещена, тело человека и его части не должны использоваться для извлечения финансовой выгоды или получения сравнимых преимуществ.

Как уже отмечалось, отношения, связанные с развитием трансплантации органов и тканей человека в нашей стране регулирует

Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» (от 4 марта 1997). 9 января 2007 была принята новая редакция этого закона. *Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» (новая редакция)* нормативно закрепляет правовые, организационные и социальные основы трансплантации органов и тканей человека и основывается на гуманных принципах, провозглашенных международным сообществом.

В действующем Законе определены основные термины (ст.1); сфера действия самого закона и приоритет Конституции Республики Беларусь, зафиксировано право на международное сотрудничество в области обмена органами и (или) тканями человека на безвозмездной основе (ст. 2,3,4); условия и порядок трансплантации, а также организации, занимающиеся трансплантацией органов и тканей (ст. 5,6); права и обязанности живого донора (ст. 9,10).

Законом также введено ограничение круга живых доноров (ст. 7). Живыми донорами не могут быть лица, не являющиеся супругом (супругой) или близкими родственниками реципиента, за исключением случаев забора костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток. К близким родственникам Закон относит родителей, усыновителей (удочерителей), детей, в том числе усыновленных (удочеренных), родных братьев и сестер, а также деда, бабуку, внуков. Кроме этого донорами не могут быть несовершеннолетние лица (за исключением случаев забора костного мозга, гемопоэтических стволовых клеток); лица, признанные в установленном порядке недееспособными, а также лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями); лица, у которых обнаружены заболевания, являющиеся опасными для жизни и здоровья реципиента; беременные женщины; дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей.

Медики не вправе осуществлять операцию по трансплантации органов и тканей человека, если не соблюдены условия, предусмотренные ст. 8 настоящего Закона. Забор органов для трансплантации у живого донора разрешается при соблюдении следующих условий: письменное предупреждение донора о возможном ухудшении его здоровья в связи с будущим оперативным вмешательством; наличие его письменного добровольного согласия на забор органов, удостоверенного нотариально; проведение медицинского осмотра донора и наличие заключения врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о возможности забора у него органов для трансплантации.

У несовершеннолетнего лица, которое не приобрело дееспособности в полном объеме, разрешается производить забор только костного мозга, гемопоэтических стволовых клеток с письменного согласия его законного представителя, удостоверенного нотариально, и органа опеки и

попечительства. При возражении несовершеннолетнего лица забор костного мозга, гемопоэтических стволовых клеток не допускается.

В то же время, реализация принципа добровольного и сознательного согласия не отменяет личной моральной ответственности врача, ибо именно он решается на операцию изъятия здорового органа. Моральный выбор врача в данном случае остается внутренне противоречивым: с одной стороны, при наличии самоотверженной позиции кого-то из родных используется шанс спасения обреченного больного, с другой, – нарушается этическая заповедь «не навреди!». Тем более, что в трансплантологии врач сталкивается не только с удвоенным оперативным риском (оперируются не один, а два человека), но и с гораздо большим, чем в остальных областях медицины, этическим риском. У живого донора могут быть взяты для трансплантации только один из парных органов, фрагмент непарного органа, ткань, отсутствие которых не вызывает необратимых процессов в организме.

Морально недопустима эксплантация, прямо угрожающая жизни донора. Неприемлемо сокращение жизни одного человека, в том числе отказ от жизнеподдерживающих процедур с целью поддержания жизни другого. Принуждение любым лицом донора к согласию на забор у него органов запрещается.

На самом деле операция трансплантации, в соответствии с принципами биоэтики, допустима лишь при наличии той или другой формы согласия не только со стороны больного, но и донора. Особые дискуссии в обществе вызывает *процедура установления согласия* потенциального донора либо его родственников *на изъятие органов* для пересадки. В настоящее время в мире существуют две основные юридические модели забора органов от умерших доноров:

1) *презумпция несогласия* (принцип испрошенного согласия), требующая юридического оформления решения о передаче своих органов другим лицам с целью их последующего использования после смерти, или разрешения на это родственников умершего (Австралия, Германия, Италия, Канада, США);

2) *презумпция согласия* (принцип неиспрошенного согласия) – предоставление юридического права «отбирать» необходимые для целей трансплантации органы умершего пациента, поскольку умерший при жизни не высказывал в явной форме возражений против этого, или, если возражения не высказывают его родственники (Австрия, Бельгия, Нидерланды, Португалия, Франция, Швеция, Россия).

Теоретически презумпция несогласия и основанный на ней принцип испрошенного согласия считаются оптимальной юридической моделью получения органов умерших людей для трансплантации, так как основаны на свободном и зафиксированном в явной форме прижизненном

волеизъявлении человека. Однако эта модель имеет ряд существенных недостатков:

- многие граждане согласны после смерти отдать орган, но из-за страха, что они не получат интенсивное лечение при травме, отказываются юридически оформить свое решение, либо иметь при себе специальную «карту донора»;

- родственники умершего в условиях стресса чаще всего не дают разрешения на трансплантацию его органов;

- применение в трансплантологии принципа испрошенного согласия связано с большими финансовыми затратами, а также требует времени на создание регистра в масштабах страны.

На практике это приводит к сдерживанию развития трансплантологии и противоречит принципу милосердия и праву больного на лечение.

Принцип неиспрошенного согласия является сегодня основной юридической моделью для развития трансплантологии, так как дает возможность немедленной практической реализации презумпции согласия. Такой подход базируется на признании существования солидарности людей как социального чувства необходимости приносить пользу. Недостаток же системы, базирующейся на презумпции согласия, состоит в том, что человек, неосведомленный о существовании такой нормы автоматически попадает в разряд согласных.

Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» в качестве основополагающего принципа принимает презумпцию согласия. Тому, кто не поддерживает этот принцип, предоставляется, в соответствии с Законом, полное право и возможность выразить это при жизни – запретить изымать орган для трансплантации после своей смерти (*статья 10<sup>1</sup>. Право граждан на выражение несогласия на забор органов для трансплантации после смерти*). Условия забора органов у умершего донора четко прописаны в ст.11 Закона, которая однозначно запрещает забор органов у умершего донора, если при жизни данное лицо либо его законные представители до его смерти заявили о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти. Забор органов у умершего донора также не допускается, если до момента забора органов представлено заявление о несогласии на забор органов для трансплантации, написанное супругом (супругой), а при его (ее) отсутствии – одним из близких родственников или законным представителем умершего донора. По Закону забор органов у умершего лица не допускается также в случае, если стало известно о несогласии лица на забор органов для трансплантации до его смерти путем устного или письменного заявления в присутствии лечащих врачей и иных лиц, которые могут засвидетельствовать такой отказ.

Для разрешения коллизии между необходимостью бороться за жизнь умирающего и необходимостью получить органы для пересадки

принимаются специальные меры. Согласно Закону Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» (ст. 11), *забор органов у умершего донора разрешается с момента констатации смерти* в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь по согласованию с Государственным комитетом судебных экспертиз Республики Беларусь. В данном Законе смерть определяется как «необратимое прекращение деятельности головного мозга человека (смерть головного мозга), при котором искусственно с помощью лекарственных средств и медицинской техники могут временно поддерживаться его сердечная деятельность и дыхание» (ст.1). Таким образом, изъятие у умершего лица органов и тканей для трансплантации возможно только в случае необратимых потерь функций головного мозга (смерти мозга), зафиксированных консилиумом врачей. Запрещается участие врачей-специалистов, которые будут осуществлять трансплантацию, а также членов бригад, обеспечивающих забор органов, в констатации смерти человека, тело которого предполагается использовать для забора органов. *Условиями этически корректной диагностики «смерти мозга» является соблюдение трёх принципов: единого подхода, коллегиальности, финансово-организационной независимости бригад.*

В современной медицине продолжается процесс расширения показаний к различным видам пересадок, следствием чего является дефицит донорских органов. В связи с этим возникает *проблема справедливости при распределении донорских органов*, решение которой предполагает:

- приоритет распределения донорских органов не должен определяться выявлением преимущества отдельных групп и специальным финансированием;
- донорские органы должны пересаживаться наиболее оптимальному пациенту исключительно по медицинским (иммунологическим) показателям;
- определенной гарантией справедливости является включение реципиентов в трансплантологическую программу («лист ожидания»).

В целях осуществления контроля за использованием органов и (или) тканей человека, а также оперативного оказания медицинской помощи лицам, нуждающимся в трансплантации, в нашей стране создается Единый регистр трансплантации (ст.10<sup>2</sup> Закона Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека»). Порядок создания и ведения Единого регистра трансплантации определяется Советом Министров Республики Беларусь. В Единый регистр трансплантации включаются как сведения о лицах, которым проведена трансплантация, так и сведения о лицах, которые в установленном Законом порядке заявили о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти.

Вместе с тем в мире существует опасность *коммерциализации донорства*. Здесь должны применяться жесткие правила. Торговля органами и тканями должна быть однозначно запрещена законами во всех странах. Недопустима денежная эксплуатация как пациентов, нуждающихся в донорском материале, так и доноров, отдающих за деньги свои органы. Однако это не исключает обмен донорскими органами с другими странами и операции по пересадке органов гражданам других государств. Это даёт возможность не только передавать, но и получать необходимые обреченным людям органы по международным системам сотрудничества. В то же время так называемый «трансплантационный туризм» не имеет морального и правового оправдания. *Стамбульская декларация о трансплантационном туризме и торговле органами (2008)* как документ международного медицинского сообщества призывает к тому, чтобы наследием трансплантологии стало торжество дарения жизни одним человеком другому, а не наличие обездоленных жертв незаконного оборота органов и трансплантационного туризма. Донорский орган – это национальное достояние, и уезжая за границу, с целью получить там донорский орган, человек наносит ущерб донорскому ресурсу того государства, в которое он едет.

Одним из перспективных направлений, способствующих разрешению существующих биоэтических проблем, является *ксенотрансплантация*. Видимо, она позволит в значительной степени решить очень острую проблему дефицита донорских органов. Не менее важна в перспективе вероятность получения в генной инженерии трансгенных животных, клетки которых не отторгаются организмом человека. Особое направление – *искусственные органы*, в частности, полностью вживляемые в организм искусственные желудочки сердца и искусственное сердце с периодом работы не менее 10 лет. В отдаленной перспективе можно предположить возможность создания искусственных легких, печени и поджелудочной железы.

Вполне очевидно, что по мере решения перспективных задач будут решаться вопросы биоэтического плана и возникать новые. Таковы особенности трансплантологии – удивительного достижения человеческой мысли и прогресса.

## Этико-правовые документы

### **КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА И БИОМЕДИЦИНЕ**

Овьедо, 4 апреля 1997 г.

(Извлечение)

#### **ГЛАВА VI. Изъятие органов и тканей у живых доноров в целях трансплантации**

##### **Статья 19. Общее правило**

1. Изъятие у живого донора органов и тканей для их трансплантации может производиться исключительно с целью лечения реципиента и при условии отсутствия пригодного органа или ткани, полученных от трупа, и невозможности проведения альтернативного лечения с сопоставимой эффективностью.

2. Должно быть получено явно выраженное и конкретное согласие, предусмотренное в статье 5. Такое согласие должно даваться либо в письменной форме, либо в соответствующей официальной инстанции.

##### **Статья 20. Защита лиц, не способных дать согласие на изъятие органа**

1. Нельзя изымать никакие органы или ткани у человека, не способного дать на это согласие, предусмотренное статьей 5.

2. В исключительных случаях и в соответствии с требованиями, предусмотренными законом, изъятие регенеративных тканей у человека, который не способен дать на это согласие, может быть разрешено при соблюдении следующих условий:

- отсутствует совместимый донор, способный дать соответствующее согласие;
- реципиент является братом или сестрой донора;
- трансплантация призвана сохранить жизнь реципиента;
- в соответствии с законом и с одобрения соответствующего органа на это получено конкретное письменное разрешение, предусмотренное пунктами 2 и 3 статьи 6;
- потенциальный донор не возражает против операции.

#### **ГЛАВА VII. Запрет на извлечение финансовой выгоды и возможное использование отдельных частей тела человека**

##### **Статья 21. Запрет на извлечение финансовой выгоды**

Тело человека и его части не должны в качестве таковых являться источником получения финансовой выгоды.

##### **Статья 22. Возможное использование изъятых частей тела человека**

Любая часть тела человека, изъятая в ходе медицинского вмешательства, может храниться и использоваться в целях, отличных от тех, ради которых она была изъята, только при условии соблюдения надлежащих процедур информирования и получения согласия.

# **ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

*4 марта 1997 г. № 28-3*

## **О трансплантации органов и тканей человека**

Принят Палатой представителей 30 января 1997 года

Одобен Советом Республики 18 февраля 1997 года

Изменения и дополнения:

Закон Республики Беларусь от 9 января 2007 г. № 207-3 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2007 г., № 15, 2/1304) - новая редакция;

Закон Республики Беларусь от 13 июля 2012 г. № 407-3 (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 19.07.2012, 2/1959);

Закон Республики Беларусь от 1 января 2015 г. № 232-3 (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 11.01.2015, 2/2230)

Настоящий Закон направлен на обеспечение правовых и организационных основ государственного регулирования в области трансплантации органов и (или) тканей человека в целях реализации права населения Республики Беларусь на охрану жизни и здоровья.

### **Статья 1. Основные термины, применяемые в настоящем Законе, и их определения**

Для целей настоящего Закона применяются следующие основные термины и их определения:

близкие родственники - родители, усыновители (удочерители), дети, в том числе усыновленные (удочеренные), родные братья и сестры, дед, бабушка, внуки;

гемопоэтические стволовые клетки - комбинация клеток, полученных из костного мозга или периферической крови, в том числе пуповинной, и способных к восстановлению системы кроветворения при ее поражении вследствие заболевания;

живой донор - лицо, добровольно давшее в установленном порядке согласие на забор органов и (или) тканей человека (далее - забор органов) для трансплантации органов и (или) тканей человека (далее - трансплантация) реципиенту;

забор органов - медицинское вмешательство по изъятию органов и (или) тканей у живого или умершего донора;

органы и (или) ткани человека - анатомические образования (целые органы, фрагменты органов, комбинации клеток), не определяющие отличительных черт личности;

реципиент - пациент, которому осуществляется трансплантация;

смерть - необратимое прекращение деятельности головного мозга человека (смерть головного мозга), при котором искусственно с помощью лекарственных средств и медицинской техники могут временно поддерживаться его сердечная деятельность и дыхание;

трансплантация - замещение у реципиента путем проведения медицинского вмешательства отсутствующих или поврежденных органов и



(или) тканей человека, не способных выполнять свои жизненно важные функции, органами и (или) тканями человека, полученными в результате забора органов;

умерший донор - тело человека, у которого после смерти осуществляется забор органов для трансплантации реципиенту.

## **Статья 2. Сфера действия настоящего Закона**

Настоящий Закон регулирует отношения, возникающие при трансплантации, за исключением отношений, касающихся процесса воспроизводства человека (яйцеклетка, сперма, яичники, яички либо эмбрионы), крови и ее компонентов, а также тканевых компонентов, используемых для производства лекарственных средств и изделий медицинского назначения, приготовления пересадочных материалов.

## **Статья 3. Законодательство Республики Беларусь о трансплантации**

Законодательство Республики Беларусь о трансплантации основывается на Конституции Республики Беларусь и состоит из настоящего Закона, других актов законодательства Республики Беларусь, а также международных договоров Республики Беларусь.

Если международным договором Республики Беларусь установлены иные правила, чем те, которые содержатся в настоящем Законе, то применяются правила международного договора.

## **Статья 4. Международное сотрудничество**

Государственные организации здравоохранения, занимающиеся трансплантацией, вправе осуществлять международное сотрудничество в области обмена органами и (или) тканями человека на безвозмездной основе в целях оптимального подбора пар донор - реципиент в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

## **Статья 5. Условия и порядок трансплантации**

Трансплантация может быть произведена только тогда, когда невозможно иными методами оказания медицинской помощи сохранить жизнь пациента или восстановить его здоровье, и осуществляется в соответствии с заключением о необходимости трансплантации и на основании клинических протоколов, утверждаемых Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Заключение о необходимости трансплантации выносится врачебным консилиумом государственной организации здравоохранения в составе лечащего врача, врача-трансплантолога и (или) врача-хирурга, врача-анестезиолога-реаниматолога, а при необходимости - и иных врачей-специалистов в порядке, определенном Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Перечень органов и тканей человека, подлежащих трансплантации, определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Органы и (или) ткани человека не могут быть объектом гражданско-правовых сделок, за исключением сделок, носящих безвозмездный

характер. Совершение возмездных сделок, а также реклама спроса и (или) предложений органов и (или) тканей человека запрещаются.

Врачи-специалисты не вправе осуществлять трансплантацию, если не соблюдены условия, предусмотренные настоящим Законом.

#### **Статья 6. Организации, осуществляющие забор органов и (или) трансплантацию**

Забор органов и трансплантация осуществляются только государственными организациями здравоохранения, если иное не предусмотрено настоящим Законом, иными законодательными актами Республики Беларусь.

При отсутствии у умершего донора кровообращения и дыхания забор органов у него осуществляется также Государственным комитетом судебных экспертиз Республики Беларусь.

Порядок забора органов и (или) трансплантации определяется настоящим Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь.

#### **Статья 7. Ограничение круга живых доноров**

Живыми донорами не могут быть:

лица, не являющиеся супругом (супругой) или близкими родственниками реципиента (за исключением случаев забора костного мозга, гемопоэтических стволовых клеток);

несовершеннолетние лица (за исключением случаев забора костного мозга, гемопоэтических стволовых клеток);

лица, признанные в установленном порядке недееспособными, а также лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями);

лица, у которых обнаружены заболевания, являющиеся опасными для жизни и здоровья реципиента;

беременные женщины;

дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей.

#### **Статья 8. Условия забора органов для трансплантации у живого донора**

Забор органов для трансплантации у живого донора разрешается при соблюдении следующих условий:

письменного предупреждения данного живого донора лечащим врачом государственной организации здравоохранения о возможном ухудшении его здоровья в связи с забором органов для трансплантации;

наличия добровольного согласия данного живого донора на забор органов, выраженного в письменной форме, удостоверенного нотариально (за исключением случая, указанного в части второй настоящей статьи);

проведения медицинского осмотра данного живого донора и наличия заключения врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о возможности забора у него органов для

трансплантации. Порядок медицинского осмотра живых доноров определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Забор костного мозга, гемопоэтических стволовых клеток у несовершеннолетнего лица, которое не приобрело дееспособности в полном объеме, осуществляется с письменного согласия его законного представителя, удостоверенного нотариально, и органа опеки и попечительства. При письменном или устном возражении несовершеннолетнего лица забор костного мозга, гемопоэтических стволовых клеток не допускается.

У живого донора для трансплантации может производиться забор только одного из парных органов, фрагмента непарного органа, ткани, отсутствие которых не вызывает необратимых процессов в организме.

Принуждение лица к согласию на забор у него органов запрещается.

### **Статья 9. Права живого донора**

Перед забором органов живой донор имеет право на получение полной и объективной информации о состоянии своего здоровья и последствиях, которые могут наступить в связи с осуществлением забора органов.

Согласие на забор органов может быть в любой момент отозвано, за исключением случаев, когда врачи-специалисты уже приступили к забору органов и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни либо здоровья живого донора, в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Живой донор после осуществления у него забора органов имеет право на:

получение компенсации расходов, связанных с необходимостью восстановления его здоровья в связи с забором органов. Порядок выдачи и размеры этой компенсации определяются Советом Министров Республики Беларусь;

получение пособия по временной нетрудоспособности в размере 100 процентов заработка на период нетрудоспособности, наступившей в связи с забором органов.

Инвалидность живого донора, наступившая в связи с забором органов, приравнивается к инвалидности, связанной с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием.

### **Статья 10. Обязанности живого донора**

Живой донор обязан сообщить лечащему врачу государственной организации здравоохранения, осуществляющей забор органов, сведения о перенесенных им либо имеющихся у него заболеваниях и вредных привычках.

### **Статья 10<sup>1</sup>. Право граждан на выражение несогласия на забор органов для трансплантации после смерти**

Дееспособные граждане вправе представить в государственную организацию здравоохранения по месту жительства (месту пребывания), а также в иную государственную организацию здравоохранения, в которой им оказывается медицинская помощь, письменное заявление о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти. В отношении несовершеннолетних, за исключением тех, которые приобрели в установленном порядке дееспособность в полном объеме, и лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, такое заявление представляется их законными представителями. В отношении лиц, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, данное заявление представляется супругом (супругой) или одним из близких родственников.

Руководитель государственной организации здравоохранения, руководитель структурного подразделения государственной организации здравоохранения или лица, исполняющие их обязанности, в течение шести часов с момента представления в государственную организацию здравоохранения письменного заявления о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти представляют соответствующую информацию в Министерство здравоохранения Республики Беларусь для включения в Единый регистр трансплантации.

#### **Статья 10<sup>2</sup>. Единый регистр трансплантации**

В целях осуществления контроля за использованием органов и (или) тканей человека, а также оперативного оказания медицинской помощи лицам, нуждающимся в трансплантации, создается Единый регистр трансплантации. Порядок создания и ведения Единого регистра трансплантации определяется Советом Министров Республики Беларусь.

В Единый регистр трансплантации включаются сведения:

- о лицах, которым проведена трансплантация;
- о лицах, которые в установленном настоящим Законом порядке заявили о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти.

#### **Статья 11. Условия забора органов у умершего донора**

Забор органов у умершего донора разрешается с момента констатации смерти в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь по согласованию с Государственным комитетом судебных экспертиз Республики Беларусь.

Забор органов у умершего донора не допускается, если при жизни данное лицо либо лица, указанные в части первой статьи 10<sup>1</sup> настоящего Закона, до его смерти заявили о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти в порядке, установленном настоящим Законом. Забор органов у умершего донора также не допускается, если руководителям государственной организации здравоохранения, органа Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, руководителям структурных подразделений государственной организации

здравоохранения, органа Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь или лицам, исполняющим их обязанности, до момента забора органов представлено заявление о несогласии на забор органов для трансплантации, написанное супругом (супругой), а при его (ее) отсутствии - одним из близких родственников или законным представителем умершего донора.

Забор органов у умершего донора не допускается также в случае, если государственная организация здравоохранения, орган Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь были поставлены в известность о несогласии лица на забор органов для трансплантации до его смерти путем устного или письменного заявления в присутствии врача-специалиста (врачей-специалистов), других должностных лиц государственной организации здравоохранения, органа Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, иных лиц, которые могут засвидетельствовать такой отказ.

Запрещается участие врачей-специалистов, которые будут осуществлять трансплантацию, а также членов бригад, обеспечивающих забор органов, в констатации смерти человека, тело которого предполагается использовать для забора органов.

В случае, если умерший донор подлежит судебно-медицинской экспертизе или патологоанатомическому исследованию, письменное разрешение на забор органов у умершего донора должно быть дано соответственно государственным медицинским судебным экспертом либо врачом-патологоанатомом, присутствующими на операции по забору органов.

Государственная организация здравоохранения, орган Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь после получения письменного разрешения на забор органов у умершего донора, выданного соответственно государственным медицинским судебным экспертом либо врачом-патологоанатомом, незамедлительно уведомляют органы прокуратуры о предстоящем заборе органов у умершего донора, подвергаемого впоследствии судебно-медицинской экспертизе или патологоанатомическому исследованию.

## **Статья 12. Согласие реципиента на трансплантацию**

Трансплантация осуществляется только с письменного согласия реципиента. При этом реципиент должен быть письменно предупрежден о возможном ухудшении его здоровья в результате предстоящего медицинского вмешательства. Если реципиентом является несовершеннолетнее лицо, которое не приобрело дееспособности в полном объеме, либо лицо, признанное в установленном порядке недееспособным, то трансплантация осуществляется с письменного согласия его законного представителя.

Трансплантация реципиенту, не способному по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, осуществляется с письменного согласия супруга (супруги) или одного из близких родственников.

В исключительных случаях, когда промедление в проведении трансплантации угрожает жизни реципиента, а лица, указанные в частях первой и второй настоящей статьи, отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение о проведении трансплантации принимается врачебным консилиумом, а при невозможности собрать его - врачом-специалистом, осуществляющим трансплантацию, с оформлением записи в медицинских документах и последующим уведомлением об этом должностных лиц государственной организации здравоохранения в течение суток.

### **Статья 13. Ответственность за нарушение законодательства Республики Беларусь о трансплантации**

Лица, виновные в нарушении законодательства Республики Беларусь о трансплантации, несут ответственность в соответствии с законодательными актами Республики Беларусь.

### **Темы докладов, рефератов и творческие задания**

1. Трансплантация: ее сущность и основная идея.
2. Биоэтика трансплантации органов и тканей человека.
3. Из истории трансплантологии.
4. Виды трансплантации.
5. Дополнительный протокол к Конвенции Совета Европы о правах человека и биомедицине относительно трансплантации органов и тканей человека (2002)
6. «Презумпция согласия» в трансплантации.
7. Информированное согласие в трансплантации.
8. Этико-правовые проблемы распределения донорских органов и пути их решения.
9. Особенности действующего закона о трансплантации.
10. Проблема коммерциализации трансплантологии и принцип справедливости.
11. Этико-правовые проблемы в области трансплантации мозга.
12. Запретительные тенденции в трансплантологии.
13. Развитие трансплантологии в Республике Беларусь.
14. Моральный выбор врача и специфика оперативного риска в трансплантологии.

## **2.4. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ И ГЕННОЙ ИНЖЕНЕРИИ**

2.4.1. Биотехнология, генетическая инженерия и биобезопасность. Генно-инженерные организмы на службе у медицины.

2.4.2. Специфика моральных проблем медицинской генетики.

2.4.3. Этические проблемы международного проекта «Геном человека». Евгеника и основные факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека.

2.4.4. Этические проблемы манипуляций со стволовыми клетками и клонирования человеческих органов и тканей.

### **2.4.1. Биотехнология, генетическая инженерия и биобезопасность. Генно-инженерные организмы на службе у медицины**

**Биотехнология** – совокупность методов и приемов получения различных продуктов и энергии с использованием живых организмов и биологических процессов.

Конец XX – нач. XXI вв. характеризуются активным развитием биотехнологий, которые основаны на достижениях молекулярной генетики и биологии. Разработка новых способов выделения наследственного материала (ДНК), его изучение, создание новых комбинаций с помощью манипуляций, осуществляемых вне клетки, и перенесение новых генетических конструкций в живые организмы позволяют создавать новые сорта растений, породы животных, штаммы микроорганизмов, которые владеют полезными признаками, которые невозможно отобрать с помощью традиционной селекции.

Использование генетически модифицированных организмов (ГМО) в практической деятельности не приобрело широкого применения, так как обеспечение безопасности генно-инженерных работ и трансгенных продуктов является одной из злободневных проблем в этой области.

**Генетическая инженерия** – это технология получения новых комбинаций генетического материала с помощью манипуляций с молекулами нуклеиновых кислот, проводимых вне клетки, и переноса созданных конструкций генов в живой организм. Технология получения генно-инженерных организмов расширяет возможности традиционной селекции. В нашей стране сложилась мощная микробиологическая промышленность. Налажено производство лекарственных препаратов антимикробного, противовирусного, противовоспалительного, противоопухолевого, противолейкозного действия, аминокислот, витаминов, ферментов, гормонов, нуклеиновых компонентов, вакцин, кровезаменителей, диагностикумов (всего более 300 наименований).

Производятся различные кормовые добавки для нужд сельского хозяйства, средства ветеринарной защиты животных, регуляторы роста растений и животных, инсектицидные, противобактериальные, противогрибковые и противовирусные биопрепараты широкого спектра действия.

Безопасность генно-инженерной деятельности, или **биобезопасность**, предусматривает систему мероприятий, которые направлены на предотвращение или снижение до безопасного уровня неблагоприятных воздействий генно-инженерных организмов на здоровье человека и окружающую среду при осуществлении генно-инженерной деятельности. Биобезопасность, в качестве новой области знаний, включает в себя два направления: разработка, применение методов оценки и предупреждения риска неблагоприятных эффектов трансгенных организмов и создание системы государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности.

Развитию новых биотехнологий уделяется серьёзное внимание со стороны государства. За последние годы реализован ряд республиканских программ в этой области. Это научно-технические программы «Инфекции и медицинские биотехнологии» и «Промышленная биотехнология», а также государственная программа фундаментальных исследований «Биотехнология». Разработка научных основ биотехнологических процессов включает в себя селекцию и создание коллекции непатогенных микроорганизмов как биотехнологических объектов; генетическую и клеточную инженерию растений и микроорганизмов; микробный синтез биологически активных соединений и использование микроорганизмов в промышленности, сельском хозяйстве и охране окружающей среды.

Кроме проведения научных изысканий эта программа включает комплекс организационных и кадровых мероприятий, направленных на придание нового импульса форсированному развитию данного перспективного направления в науке. Задача эффективного государственного регулирования состоит в том, чтобы создать максимально благоприятные условия для развития генетической инженерии в качестве одного из приоритетных научных направлений, а также гарантировать безопасность при проведении и использовании результатов и продуктов генно-инженерной деятельности. Другая составляющая этой задачи достигается путём применения системы мер, направленных на предотвращение или снижение до безопасного уровня негативных воздействий генно-инженерных организмов на здоровье человека и окружающую среду при осуществлении генно-инженерной деятельности. Сегодня в нашей стране выработана эффективная система оценки безопасности генно-инженерных трансгенных организмов для здоровья человека и окружающей среды.

В международном правовом поле вопросы биобезопасности вышли в последнее время на первый план. В 2000 г. странами – Сторонами



Конвенции о биологическом разнообразии (Беларусь является Стороной этой Конвенции) принят **Картахенский протокол** по биобезопасности, основная цель которого – «содействие обеспечению надлежащего уровня защиты в области безопасной передачи, обращения и использования живых измененных организмов, являющихся результатом современной биотехнологии, способных оказывать неблагоприятное воздействие на сохранение и устойчивое использование биологического разнообразия, с учетом также рисков для здоровья человека и с уделением особого внимания трансграничному перемещению» (Картахенский протокол, ст. 1). Документ вступил в силу 11 сентября 2003 г.

В Беларуси предприняты серьёзные шаги в области безопасного использования генно-инженерных биотехнологий. Создан Национальный координационный центр биобезопасности, в функции которого входят сбор, анализ и систематизация информации о законодательстве, научных исследованиях, полевых испытаниях, ввозе/вывозе, использовании генно-инженерных организмов в хозяйственной деятельности; предоставление этой информации заинтересованным министерствам и другим органам государственного управления, средствам массовой информации; обмен информацией с координационными центрами других стран, международными организациями; обеспечение проведения научной экспертизы безопасности генно-инженерных организмов; оказание консультативных услуг в разработке законов и руководств по биобезопасности, в подготовке предложений по заключению двусторонних соглашений на государственном и местном уровне. Сотрудниками Центра, совместно с юристами, предложена концепция государственного регулирования безопасности генно-инженерной деятельности в Республике Беларусь, а также Закон Республики Беларусь «О безопасности генно-инженерной деятельности», который был принят 9 января 2006 г. Этот документ составил основу нормативной правовой базы национальной системы биологической безопасности.

#### **2.4.2. Специфика моральных проблем медицинской генетики**

Генетика тесно связана с морально-этической сферой именно из-за глубокой социализации задач биотехнологического исследования, так как на сегодня это одно из наиболее динамично развивающихся научных направлений, для которого характерно быстрое практическое применение.

Обычно медицинская этика обращена, прежде всего, на взаимоотношения между врачом и пациентом. Одной из главных особенностей этических проблем медицинской генетики является то, что она связана с заболеваниями, передающимися по наследству, которые в результате репродуктивных процессов передаются потомкам. Кроме того, в специфику её моральных проблем входит и то, что лишь для очень ограниченного количества наследственных болезней имеется более или

менее успешное лечение. Преимущественно приходится ограничиваться мерами профилактики и диагностики этих нарушений. Это обстоятельство обуславливает существование таких специфических проблем, как этичность диагностики того или иного патологического состояния, если отсутствует достаточно эффективный метод его лечения.

Особенность этических задач врачебной генетики состоит также в том, что предметом генетической практики является забота о здоровье потомков. Вследствие этого, медицинская генетика имеет возможность развиваться там, где в целом всё общество осознаёт обязанность за здоровье живущих граждан и грядущих поколений. Признание данной ответственности вынуждает задуматься над вопросом справедливости применительно к рассредотачиванию социальных ресурсов между поколением уже живущих и тех, кто придет им на замену. Игнорирование интересов врачебной генетики, по сути, стало бы формой «поколенческого эгоизма» – несправедливого перераспределения и изъятия ресурсов становления у потомков. Вместе с тем справедливость не может восторжествовать и в случае, если неоправданные выдающиеся качества получают «будущие люди» за счёт нынешних поколений.

Исходя из вышеизложенного, отметим особенности медицинской генетики. Исторически сложилось, что медицинская этика ориентирована на взаимоотношения между врачом и пациентом. Проблемы же медицинской генетики имеют не только индивидуальный, но и семейный (или родовой) и социальный характер. Лишь очень небольшое число наследственных заболеваний поддается более или менее успешному лечению. Предметом генетической практики является в большей степени забота о здоровье еще не рожденных детей – будущих поколений. Признание обществом и его отдельными гражданами ответственности на здоровье как уже живущих, так и за тех, кому только предстоит родиться, актуализировать вопрос о справедливом распределении общественных ресурсов между нынешними поколениями и теми, кто придет им на смену.

Медицинская генетика использует много разнообразных методов. Наибольший интерес представляют следующие:

- генеалогический анализ;
- генетическое тестирование;
- генетическое скринирование.

Применение вышеперечисленных методов также связано с определёнными моральными трудностями. **Генеалогический анализ** – классический способ установления генетической природы того или иного заболевания человека. В этом случае на первое место выходит проблема конфиденциальности генетической информации. Так, чтобы помочь индивиду или семейной паре, генетик должен иметь доступ к информации о соматических или психических заболеваниях или их признаках у группы родственников.

Отсюда вытекает множество моральных проблем. Если родственники становятся объектом исследования, то нужно ли спрашивать их разрешения? Должен ли пациент получать согласие своих родных на передачу врачу сведений об их заболеваниях, вредных привычках и др.? Имеет ли право врач-генетик работать с медицинскими картами родственников пациента, не оповещая при этом их самих? Если допустить, что, родословная всё-таки составлена, то опять возникают вопросы. Имеет ли пациент право знать всю информацию, заключенную в родословной, или только ту, которая непосредственно имеет отношение к его потомкам? Может ли он взять у врача копию родословной? Правомерно ли то, что родственники пользуются информацией родословной без его согласия или вопреки запрету? Таким образом, возникает моральная дилемма: с одной стороны, необходимость соблюдения конфиденциальности и принципа уважения автономии пациента как важнейших моральных начал врачевания, не позволяет разглашать информацию о пациенте. С другой стороны, деятельность врача базируется на обязательном моральном требовании и долге помочь человеку, вытекающих из принципа «Делай благо». Выработать универсальный подход к разрешению этой дилеммы практически невозможно.

Такие же проблемы возникают при **генетическом тестировании** пациентов, которое может проводиться как по желанию пациента, так и в обязательном порядке, например, для отдельных профессиональных групп. В последнее время возможности тестирования наследственных заболеваний быстро возрастают благодаря внедрению в практику методов ДНК-диагностики. Если выявление того или иного гена основывалось на обнаружении определенных метаболитов, которые им контролируются, то ДНК-диагностика позволяет проводить прямое обнаружение генов в любых ядродержащих клетках. Несогласованное с пациентом использование касающейся его генетической информации может представлять для него серьезную угрозу. К примеру, полученная в результате обязательного медицинского обследования генетическая информация может быть использована администрацией предприятия как средство давления, повод для увольнения или препятствие продвижению по карьерной лестнице. Поэтому нельзя сбрасывать со счетов то, что у нанимателя есть и понятные мотивы для использования генетической информации. Ведь не принимая на работу лиц с генетической предрасположенностью к развитию определенного заболевания, он ограждает себя от возможных финансовых издержек, связанных с болезнью или инвалидностью работника.

В тоже время, генетическая информация далеко не всегда может быть использована правильно. Существует опасность предрассудков, которые бывают особенно тесно связанными с родовыми отношениями и невежественными представлениями о наследственности. Генетический

диагноз может стать клеймом для ребенка и его семьи, явиться основанием их социального ущемления в тех или иных аспектах.

**Генетическое скринирование** популяции осуществляется с целью определения носителей генов тяжелых наследственных заболеваний. Ярким примером является программа скрининга, направленная на выявление новорожденных младенцев, страдающих фенилкетонурией (ФКУ) – тяжелейшим наследственным заболеванием, при котором прежде всего поражаются головной и спинной мозг. Своевременная диагностика генетического дефекта и последующее применение специальной диеты, исключающей фенилаланин, в сочетании с психокоррекционной терапией и методами социальной адаптации, достаточно часто приводит к хорошему результату. Простота и относительная надежность скринирующего метода выявления ФКУ способствовали его широкому применению.

При применении программ скрининга возможен моральный конфликт, в основе которого – столкновение правила конфиденциальности с долгом предупредить возникновение тяжелого заболевания. Наряду с этим, особая моральная проблема, которая возникает при скринировании наследственных заболеваний, определяется необходимостью серьезного материального обеспечения, как самих процедур скрининга, так и последующего полноценного лечения, включающего диетотерапию и работу с психологами и психотерапевтами. Значительные моральные трудности возникают при разработке и внедрении в практику новых скринирующих программ. Ни один из существующих на сегодняшний день способов диагностики не совершенен. В любом из них есть место арифметической погрешности. Часть пациентов диагностируется как здоровые (ложноотрицательный результат), часть здоровых – как носители патологических генов (ложноположительный результат). Ложноположительная диагностика может нанести основательные психические последствия здоровому ребенку и его родителям, а неоправданное лечение – вред его здоровью.

Таким образом, специфичность предмета медицинской генетики и её методов определяет специфику и её морально-этической проблематики. Так, южноамериканский учёный **Л. Уолтерс** считал, что ведущими этическими задачами и проблемами прогрессивной медицинской генетики считаются такие трудности, как:

- сохранение медицинской тайны (конфиденциальность генетической информации);
- добровольность при проведении генетического испытания индивидов и скринирования популяции;
- доступность медико-генетической поддержки (тестирования, консультирования и др.) для всевозможных слоев населения;
- соответствие вероятного блага и вреда при реализации всевозможных генетических вмешательств.

### 2.4.3. Этические проблемы международного проекта «Геном человека». Евгеника и основные факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека

Программа «Геном человека» работает и активно развивается в России и США с конца 80-х годов XX века. Помимо этих стран, в проекте принимают участие научные центры большинства развитых государств мира. Основная цель проекта в том, чтобы картировать и установить последовательность около 80 тыс. генов и трех миллиардов нуклеотидов, из которых состоит ДНК человека. Осуществление проекта «Геном человека» сопряжено с появлением абсолютно новых биотехнологий, которые впоследствии могут найти применение в диагностике и коррекции генетически детерминированных заболеваний, а также в промышленных биотехнологиях. Уже сегодня растет число частных фирм, которые вкладывают значительные ресурсы в развитие геномных исследований, предполагая получить в дальнейшем из этого максимальную финансовую прибыль. Американские специалисты Дж. Аннас и Ш. Элиас выделяют три уровня, на которых целесообразно отслеживать социально-этические последствия проекта «Геном человека». Первый – уровень индивида и семьи, второй уровень общества и третий – фундаментального философского представления человека о самом себе.

Рассмотрим уровень индивида и семьи. Родители, как законные представители несовершеннолетних, имеют право на доступ к их генетической информации. Но закон не предусматривает права детей на владение генетической информацией о своих родителях. К примеру, геном ребенка получен им отчасти от отца, а отчасти от матери. В этом случае ограничение в праве на доступ к генетической информации родителей делает невозможным получение важнейшей, а порой и необходимой информации о самом себе. Это – явная форма несправедливости в отношениях между поколениями внутри семьи. Только такие чувства, как внутрисемейная солидарность, справедливость и взаимная ответственность смогут оградить каждого из членов семьи от нежелательного вторжения третьих лиц, от «прозрачности» генетических характеристик используемых работодателями, государственными органами.

В обществе возникает потребность качественного улучшения общебиологического и, особенно, генетического образования населения. Владение генетической информацией подразумевает ответственное распоряжение ею. Но это сложно реализуемо без усвоения основ современных генетических знаний, без понимания языка вероятностных закономерностей, которые описывают особенности проявления наследственных признаков.

Привычка к использованию однозначно детерминистских описаний, распространенная в массовом сознании, может негативно сказаться на поведении индивида, распоряжающегося своей генетической информацией.

Примеры генетического невежества населения были, если учесть опыт евгеники, и будут благоприятной средой для разного рода спекуляций и недобросовестной коммерции в области генетического тестирования и медико-генетического консультирования.

Ещё одной проблемой, с которой сталкивается общество в процессе реализации проекта «Геном человека», является вопрос о справедливом доступе к методам генетической диагностики, медико-генетической консультации и соответствующим методам профилактики и лечения наследственных заболеваний.

В общефилософском понимании природы человека проект «Геном человека» может способствовать распространению редукционистского подхода, в результате чего человек начинает рассматриваться лишь как определённого вида организация набора молекул. Древний миф о гомункуле, воссозданный гением Гете, получает новую жизнь.

Ещё одна проблема заключена в том, что используя методы генной инженерии, экстракорпорального оплодотворения, суррогатного вынашивания, диагностики, которую можно осуществлять не только в дородовой период, но и до зачатия, человек все чаще начинает как бы «изготавливать» эмбрионы, зародыши и детей «по заказу» – то есть ориентируясь на получение детей с определенными желательными для родителей (для властвующих элит и структур) генетическими свойствами. Все это может привести к преувеличению роли генетической детерминации (предопределенности) человеческих качеств и всего поведения человека. Генные технологии – это не универсальное средство, а продуктивный метод, эффективность которого должна определяться в процессе научных и общественных полемик. Допустимость распоряжаться жизненными процессами не должна привести к злоупотреблениям, что предполагает необходимость этической экспертизы.

Возникшие возможности манипуляции генетическим материалом с целью улучшения наследственных качеств индивида и предупреждения распространения генетических заболеваний способствуют возрождению идей евгеники, имевших широкую популярность среди биологов и политиков в конце XIX - первой половине XX века.

Термин «евгеника» был предложен в 1883 г. **Френсисом Гальтоном**, кузеном Ч. Дарвина, который известен также благодаря многим научным открытиям, например методу идентификации личности путем сличения отпечатков пальцев. Согласно его концепции, евгеника должна вырабатывать методы социального контроля, которые «могут исправить или улучшить расовые качества будущих поколений, как физические, так и интеллектуальные». В первой половине XX века, когда евгеника была особенно влиятельным научным и политическим движением, видные его представители выступали в роли консультантов при правительствах многих стран по вопросам аборта, стерилизации,

психиатрической помощи, образования, эмиграции и т.д. По мнению сторонников евгеники, общество за счет развития медицины, поддержки инвалидов и других «искусственных» мер улучшения качества жизни ослабило действие естественного отбора, итогом чего стало возрастание опасности расового вырождения. «Субнормальные» индивиды, участвуя в размножении, «засоряют» так называемый «генофонд нации» недоброкачественными генами. Евгенические методы направлены на то, чтобы остановить этот процесс.

Выделяют **«негативную» и «позитивную» евгенику**. *Негативная* евгеника должна приостановить передачу по наследству «субнормальных» генов. *Позитивная* евгеника ставит своей задачей обеспечить преимущества (например, финансовые) для воспроизводства наиболее физически или интеллектуально одаренных. Излюбленным объектом негативной евгеники были асоциальные элементы: алкоголики, психиатрические больные, наркоманы, сифилитики, уголовники, «половые извращенцы» и т.д. *Первый закон* о принудительной стерилизации был принят в США в штате Индиана в 1907 году. Он давал право на применение закона по генетическим основаниям. В дальнейшем эта практика была принята ещё почти в тридцати штатах. Всего до начала Второй мировой войны в США было зарегистрировано около 50 тыс. случаев принудительной стерилизации. Со временем идеи евгеники оказали существенное влияние на формирование фашистской расовой теории. Нацистскими специалистами было введено такое понятие, как «генетическое здоровье нации», разработана специализированная отрасль превентивной медицины – «расовая гигиена». В 1933 г. в Германии был принят «Закон о защите потомства от генетических заболеваний», что привело к более чем 350 тыс. случаев принудительной стерилизации. Генетическое консультирование в нацистской Германии было обязательным условием для получения разрешения на заключение брака. В конце XX в. евгеника как форма государственной политики получила развитие в Сингапуре. С 1982 года здесь действует особая программа, стимулирующая плодovitость образованных женщин и ограничивающая её среди необразованных.

Возражения против применения методов евгеники состоят в том, что интеллект детерминируется, вероятно, сложным комплексом генов. Вести отбор или изменять их – нереальная селекционная работа, этическая и правовая оправданность которых, мягко говоря, весьма сомнительна. Улучшение же здоровья населения через снижение концентрации генов, определяющих развитие серьёзных отклонений от нормы, морально оправданная цель здравоохранения.

Высокая вероятность риска негативных последствий при безответственном использовании генетической информации обуславливает особую важность морального принципа «не навреди». Важное значение

этот принцип приобретает и при обсуждении проблем генной терапии. Генная терапия – это коррекция генетических дефектов в соматических клетках пациента с целью модификации некоторой популяции клеток и устранения таким путем заболевания у пациента. Метод включает замену, корректировку или добавление генов. Этические проблемы, связанные с генной терапией соматических клеток, включают необходимость соразмерить потенциальную пользу и вред, а также оценить безопасность и эффективность новых методик и гарантировать, что на первом месте будут интересы пациента.

#### **2.4.4. Этические проблемы манипуляций со стволовыми клетками и клонирования человеческих органов и тканей**

Важнейшую роль в организме человека играют стволовые клетки, расположенные в костном мозге и иных органах. Получив сигнал о травме, организм выводит эти клетки в кровеносное русло, направляет в «проблемную область» и превращает их в необходимые организму в данный момент клетки: костные, мышечные, печеночные и даже нервные. Иначе говоря, стволовые клетки – это клетки, получившие еще специализацию или, апеллируя научной терминологией, не прошедшие дифференциацию. Поэтому они могут дифференцироваться в «нужные» в данный момент организму клетки. Запас стволовых клеток в организме ограничен и с возрастом всё интенсивнее уменьшается. Стволовых клеток, способных к дифференцировке, в костном мозге в момент рождения человека насчитывается примерно одна на 10 тыс. кроветворных клеток. У подростков она в 10 раз меньше, а к 50 годам – одна на полмиллиона, в 70 лет – лишь одна на миллион.

Основы науки о стволовых клетках были заложены около 30 лет назад советскими учеными **А. Я. Фриденштейном** и **И. Л. Чертковым**. В 1999 г. эти клетки «переоткрыли» американские ученые, затем последовало лавинообразное возрастание интенсивности работ в этой области. Выделяют несколько типов стволовых клеток в зависимости от степени их дифференцировки. Оплодотворенная яйцеклетка называется тотипотентной, т.е. способной дать начало всему организму. В процессе развития она делится на несколько одинаковых тотипотентных клеток, которые иногда расходятся и дают начало монозиготным (однойяйцовым) близнецам. На первой стадии эмбрионального развития образуется бластоцист – полый шар, стенки которого состоят из клеток. Клетки внешних слоев дают начало плаценте, а внутренних – тканям организма. Каждая из таких внутренних клеток может стать началом для большинства тканей, но не целому организму, поскольку в них блокирована информация о плаценте. Такие клетки называются плюрипотентными. В процессе дальнейшего эмбрионального развития специализация клеток усиливается, и стволовые клетки уменьшают свою возможность к трансформации.



Теперь они могут давать начало лишь нескольким тканям, и такие клетки называются полипотентными.

Таким образом, эмбриональные стволовые клетки (ЭСК) – это плюрипотентные клетки из внутреннего слоя бластоциста, развившиеся в первые дни после оплодотворения. Из них возможно получить любой орган или ткань взрослого организма. Эмбриональные стволовые клетки впервые культивировал в 1998 г. американский ученый **Дж. А. Томсон** (Висконсинский университет). Он выявил, что из стволовых клеток, пересаженных мыши, формируются различные ткани. Дальнейшие исследования в этой области могут позволить разработать методы получения клеток для лечения многих состояний, связанных с повреждением тканей.

Ученые надеются в ближайшем будущем создавать ткани и органы, необходимые больным для трансплантации вместо донорских органов. Потребности медицины в таком материале практически не ограничены, а поскольку их можно будет вырастить из клеток самого пациента, не возникает их отторжения.

Ключевым этическим вопросом является вопрос об источнике стволовых клеток, так как до недавнего времени стволовые клетки получали в основном из оплодотворенных яйцеклеток, выращенных до стадии бластоцита, и эмбрионов. Этическая законность исследований эмбриональных стволовых клеток связана со статусом, который присвоен эмбриону. Этическое отношение к статусу эмбриона основывается на моральных и религиозных принципах, которые достаточно широко отличаются. Во многих странах эмбрионы считаются человеческим существом, а их разрушение приравнивается к убийству. В Великобритании, Канаде и Австрии создание эмбрионов для исследований не запрещено, но существует система законов, которая регулирует и контролирует подобные исследования. В США они проводятся только в частных фирмах, так как Конгресс запрещает использовать для этой цели федеральные средства. В ряде стран разрешаются исследования лишь на тех эмбрионах, которые не востребованы после экстракорпорального оплодотворения, а также получение стволовых клеток только от криоконсервированных или переданных их «владельцами» эмбрионов человека при соблюдении соответствующих правил. В любом случае создание и использование человеческих эмбрионов должно быть направлено только на гуманные медицинские цели и не может проводиться для косметологии или в антигуманных целях.

Существуют и альтернативные пути получения стволовых клеток. Некоторые типы клеток можно выделить при рождении только что появившегося на свет организма, не причиняя ему никакого вреда (из пуповины, плаценты). Их использование уже показало хорошие результаты при лечении лейкемии. Одним из возможных источников стволовых клеток

является откачанный жир. Из таких стволовых клеток уже удалось получить мышечную, хрящевую и жировую ткани, используя разного рода питательные среды. Эти исследования представляют собой исключительную важность, так как свидетельствуют об огромных возможностях гемопоэтических клеток-предшественников и стволовых клеток взрослого организма. Возможность получения стволовых клеток из тканей взрослого организма может снять наиболее острые биоэтические проблемы и дать новый толчок развитию клеточных технологий.

Другим методом клонирования является пересадка клеточного ядра. Пересадка-подсадка ядра яйцеклетки намного ближе к настоящему клонированию, так как не ограничивается только определенными делениями эмбриона и может быть распространена на многие индивидуумы. Решающие достижения в этом направлении были сделаны при помощи метода, впервые использованного ученым Вильядсеном в 1986 г. Телят и овец получали путем пересадки единичных бластомер, полученных из 8- и 16-клеточных эмбрионов, в неоплодотворенные яйцеклетки, из которых прежде было удалено клеточное ядро. Бластоциты, полученные таким образом, хорошо сформированные и организованные, затем имплантировали в матку самок-кормилиц для последующего развития плодов. В настоящее время на основе развития этого метода получено значительное количество клонов различных видов животных: мыши, овцы, козы, свиньи, быка, лошади, кошки и др. Некоторые исследователи считают, что эти эксперименты по клонированию можно распространить на другие виды млекопитающих, в том числе и на человека.

Однако перспектива репродуктивного клонирования человека вызывает определенное беспокойство и подвергается серьезной биоэтической экспертизе. В большинстве стран мира существует либо полный, либо временный запрет на репродуктивное клонирование человека. Во **Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека** ЮНЕСКО (1997) говорится: «Не допускается практика, противоречащая человеческому достоинству, такая, как практика клонирования с целью воспроизводства человеческой особи» (ст. 11). Совет Европы, также внес дополнение (2002) в **Конвенцию о правах человека и биомедицине**, которое гласит «Запретить всякое вмешательство, преследующее цель создать человеческую особь идентичную другой (живой или мертвой)». Опасения вызывают как серьезные медико-биологические, так и этико-правовые проблемы, которые человечество пока не готово решать. Допустимым является лишь клонирование животных и отдельных органов человека, необходимых для трансплантации, проводимое при соответствующем контроле.

## Этико-правовые документы

### **КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА И БИОМЕДИЦИНЕ**

Овьедо, 4 апреля 1997 г.

(Извлечение)

#### **ГЛАВА IV. Геном человека**

##### **Статья 11. Запрет на дискриминацию**

Любая форма дискриминации в отношении лица по признаку его генетического наследия запрещается.

##### **Статья 12. Прогностическое генетическое тестирование**

Прогностические тесты на наличие генетического заболевания или на наличие генетической предрасположенности к тому или иному заболеванию могут проводиться только в медицинских целях или в целях медицинской науки и при условии надлежащей консультации специалиста-генетика.

##### **Статья 13. Вмешательство в геном человека**

Вмешательство в геном человека, направленное на его модификацию, может быть осуществлено лишь в профилактических, диагностических или терапевтических целях и только при условии, что оно не направлено на изменение генома наследников данного человека.

##### **Статья 14. Запрет на выбор пола**

Не допускается использование вспомогательных медицинских технологий деторождения в целях выбора пола будущего ребенка, за исключением случаев, когда это делается с тем, чтобы предотвратить наследование будущим ребенком заболевания, связанного с полом.

#### **ГЛАВА V. Научные исследования**

##### **Статья 18. Исследования на эмбрионах in vitro**

1. Если закон разрешает проводить исследования на эмбрионах in vitro, он же должен предусматривать надлежащую защиту эмбриона.

2. Создание эмбрионов человека в исследовательских целях запрещается.

### **Закон Республики Беларусь от 9 января 2006 г. №96-З «О безопасности генно-инженерной деятельности»**

(Извлечение)

**Статья 12. Обязанности лиц, осуществляющих генно-инженерную деятельность**

Юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие генно-инженерную деятельность, обязаны:

- соблюдать установленные нормативными правовыми актами и техническими нормативными правовыми актами требования безопасности генно-инженерной деятельности;

- планировать и выполнять мероприятия по обеспечению безопасности осуществляемой ими генно-инженерной деятельности;
- иметь разрешение на высвобождение непатогенных генно-инженерных организмов в окружающую среду для проведения испытаний при их испытаниях в окружающей среде;
- использовать в хозяйственных целях только те сорта генно-инженерных растений, породы генно-инженерных животных и штаммы непатогенных генно-инженерных микроорганизмов, на которые имеется свидетельство об их государственной регистрации;
- обеспечивать раздельное содержание генно-инженерных организмов при их транспортировке и хранении;
- представлять на государственную экспертизу безопасности генно-инженерных организмов и государственную регистрацию сортов генно-инженерных растений, пород генно-инженерных животных и штаммов непатогенных генно-инженерных микроорганизмов документы, содержащие полную и достоверную информацию о безопасности генно-инженерных организмов;
- предоставлять по просьбе заинтересованных граждан и общественных объединений информацию по вопросам безопасности осуществляемой ими генно-инженерной деятельности;
- организовывать и осуществлять производственный контроль в области безопасности генно-инженерной деятельности;
- выполнять предписания уполномоченных государственных органов и их должностных лиц, осуществляющих государственный контроль в области безопасности генно-инженерной деятельности, по устранению выявленных нарушений законодательства о безопасности генно-инженерной деятельности;
- выполнять иные обязанности в соответствии с законодательством о безопасности генно-инженерной деятельности.

Государственные юридические лица при ввозе в Республику Беларусь, вывозе из Республики Беларусь или транзите через ее территорию условно патогенных и патогенных генно-инженерных организмов обязаны иметь разрешение на их ввоз, вывоз или транзит.

**Статья 23.** Право граждан и общественных объединений на получение информации в области безопасности генно-инженерной деятельности

Гражданам и общественным объединениям гарантируется право на получение полной, своевременной и достоверной информации в области безопасности генно-инженерной деятельности.

### **Темы рефератов, докладов и творческих проектов**

1. Роль генно-инженерных организмов в медицине.
2. Достижения генетической инженерии животных.
3. Биоэтика использования в человеческой жизнедеятельности генно-

инженерных организмов.

4. Проблема оценки риска для здоровья человека и окружающей среды генно-инженерной деятельности.

5. Биоэтика безопасности генно-инженерной деятельности и ее основные принципы.

6. Основные компоненты структуры безопасности генно-инженерной деятельности в отдельных государствах.

7. Опыт правового регулирования биобезопасности генно-инженерной деятельности в Республике Беларусь.

8. Ген морали: утопия или будущее?

9. Этические и правовые проблемы медицинской генетики в области наследственных заболеваний.

10. Конфиденциальность в генетических исследованиях.

11. Врачебная тайна в медико-генетическом консультировании. Ответственность врача за ее соблюдение.

12. Стволовые клетки: типы, источники, этические аспекты пользования.

13. Клонирование: за и против.

14. Статус человеческого эмбриона: социокультурная и моральная оценка.

## **2.5. ЭТИКО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НА ЖИВОТНЫХ И ЧЕЛОВЕКЕ**

2.5.1. Этические и правовые аспекты регулирования биомедицинских исследований с участием человека: международные документы

2.5.2. Этические комитеты: возникновение, статус, цели, функции и задачи

2.5.3. Этические аспекты использования животных в биомедицинских исследованиях

### **2.5.1. Этические и правовые аспекты регулирования биомедицинских исследований с участием человека: международные документы**

Современная медицина и фармация все больше теряют свое сходство с ремеслом и искусством и становятся *научно-исследовательской экспериментальной деятельностью*. Необходимость получения объективных достоверных знаний требует экспериментального обоснования.

Начало существования медицины и фармации в статусе экспериментальной науки было весьма трагичным. Поскольку первыми

шагами в этом направлении стали опыты фашистских врачей над узниками концлагерей в 40-х годах XX века. В ходе Нюрнбергского процесса над нацистскими учеными и врачами, было предоставлено множество информации, подтвержденной документами и свидетельскими показаниями об этих экспериментах, что актуализировало вопрос о проблеме защиты прав испытуемых, необходимости ограничить проведение исследований на человеке определенными рамками. В ходе Нюрнбергского процесса был разработан документ, получивший название «Нюрнбергского кодекса» и явившийся по существу первым международным документом, который включил в себя этико-правовые принципы проведения исследований на людях, среди которых – «необходимость добровольного согласия объекта эксперимента» на участие в исследовании, его дееспособность и информированность в том, что составляет сущность предмета эксперимента.

Исследования на людях делятся на два вида: медико-биологические исследования (неклинические, нетерапевтические) и клинические (терапевтические) исследования. Медико-биологические исследования изучают реакцию, изменение состояния организма здоровых людей при воздействии определенных внешних факторов. Такие исследования проводятся в интересах науки, дополняют и совершенствуют научные данные, но к лечению болезней прямого отношения не имеют. Клинические исследования проводятся в интересах больного, в процессе лечения заболеваний. Клинические исследования проводятся в интересах больного, в процессе лечения заболеваний. Биомедицинские исследования с участием человека, защита прав и достоинства человека происходит на современном этапе благодаря ряду международных документов, которые являются основой для выработки национальных стратегий и программ развития биоэтических организаций.

В связи с этим становятся актуальными такие вопросы: каким образом можно соблюсти права и обязанности человека в биомедицинских исследованиях? Какие ценности должны учитываться при исследованиях в сфере здравоохранения? Какие социокультурные границы должны быть установлены перед наукой и здравоохранением для ориентации на гуманистические ценности при проведении биомедицинских исследований? Какие последствия могут ожидать общество при проведении биомедицинских исследований?

К основным проблемам исследований в области здравоохранения можно отнести: использование контрольных средств (плацебо); принцип информированного согласия; следование стандартам медицинских услуг; обсуждение и консультации с общественностью; доступ к исследованиям; функции и ответственность этических комитетов (ЭК); компенсирование ущерба во время испытаний; консультации; сохранение врачебной тайны и конфиденциальность полученной информации; лечение в ходе

исследований; доступность продукта; спонсорская помощь; обязательства и страхование; использование человеческих тканей; исследование стволовых клеток; осуществление права собственности на полученные данные; информирование о праве собственности и т.д.

Документы, регулирующие биомедицинские исследования разрабатываются рядом международных организаций, среди которых: ВОЗ, ВМА, ЮНЕСКО, Совет Европы.

Документы различаются как по сфере применения, так и по своей юридической силе. Например, Нюрнбергский кодекс представляет собой лишь своеобразный моральный императив, а такие, как Конвенция Совета Европы о биомедицине и правах человека, Конвенция о биоэтике (1997) и Дополнительный протокол к ней, касающийся биомедицинских исследований (2005) – являются юридическими документами, которые должны соблюдать те страны, которые к ним присоединились и ратифицировали.

Среди документов, принятых в последние годы, можно назвать такие:

- Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы медицинских исследований с участием человека в качестве испытуемого» (в редакции 2000 г. с разъяснениями 2002 г.);

- Дополнительный протокол к Конвенции Совета Европы о биомедицине и правах человека, касающийся биомедицинских исследований (2005 г.);

- Всеобщая декларация ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека (2005 г.), во многих статьях которой, так или иначе, затрагивается проблематика биомедицинских исследований;

- Рекомендации Совета Европы относительно исследований, проводимых на биологических материалах человеческого происхождения (2006 г.).

- В Беларуси биомедицинские исследования на человеке проводятся на основе Законов Республики Беларусь «О здравоохранении» (от 18.06.1993 №2435-ХІІ: в редакции Закона Республики Беларусь от 20.06.2008 № 363-З. с изм. и доп.), «О безопасности генно-инженерной деятельности» (2006), «О лекарственных средствах» (2006), «О трансплантации органов и тканей человека» (2007); ряда Постановлений Совета Министров Республики Беларусь, а также в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении правил проведения клинических испытаний лекарственных средств» (1999), на основании которого был создан Республиканский Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении, и Приказом Министерства здравоохранения от 17.04.2006 г. № 274 «О создании Национального комитета по биоэтике».

Особую роль в ряду международных документов, которые должны регулировать биомедицинские исследования с участием человека, имеет

Хельсинкская декларация, несмотря на то, что она не юридически обязывающий документ, тем не менее, ее значимость неоспорима. Основные положения Хельсинкской декларации являются юридическими нормами ряда национальных законодательств.

Основные этические требования Хельсинкской декларации:

- Отсутствие личной зависимости испытуемого от испытателя. Существует специфическая группа людей, которых считают «ранимыми». Ими принято называть детей, субъектов с психическими расстройствами, беременных женщин, военных, студентов-медиков, заключенных. Эти группы «ранимы» потому, что они по разным причинам не вполне свободны от принуждения экспериментатора, начальства или своего положения. Возможен риск нанесения вреда и злоупотреблений.

- Недееспособные могут участвовать в экспериментах с согласия опекунов, но только в терапевтических испытаниях.

- Все исследования должны быть научно обоснованными и базироваться на экспериментах на животных. Необходима гарантия точности результатов и их публикация.

- Гарантия этической чистоты экспериментов обеспечивается их этической экспертизой: цели и методы должны быть изложены в специальном протоколе и одобрены этическим комитетом.

- Отказ от проведения исследований не должен повлиять на ухудшение отношений врача и пациента.

- Важным моментом при проведении биомедицинских исследований является соблюдение принципа информированного согласия. Участникам эксперимента должна быть предоставлена полная и точная информация в понятной и доступной для них форме. Это информация:

- о целях исследования;
- о возможных пользе и риске, связанных с участием в исследовании;
- об альтернативных методах диагностики или лечения;
- о его праве в любой момент прекратить свое участие в исследовании;
- и что отказ от участия не скажется на получаемой данным лицом медицинской помощи.

### **2.5.2. Этические комитеты: возникновение, статус, цели, функции и задачи**

Этическое регулирование биомедицинских исследований все более становится необходимостью, общепризнанным требованием.

Можно вычленить два основных параметра сопровождения и этико-правового регулирования научных исследований, связанных с воздействием на человека. Во-первых, соблюдение принципа информированного согласия, по отношению к каждому испытуемому перед началом исследования. Во-вторых, современные биомедицинские



исследования предполагают, что каждая заявка, каждый исследовательский проект, каждая тема должна быть одобрена независимым этическим комитетом (ЭК).

Этические комитеты (либо комитеты по биоэтике) в современных условиях представляют собой необходимую структуру для соблюдения и реализации различных нормативных актов, которые принимаются на международном уровне в сфере биоэтики.

Этический комитет должен помогать и стремиться к укреплению доверия, консолидации и партнерства, доброжелательных отношений между всеми медицинскими работниками и пациентами, добиваться согласованных решений через объективное и принципиальное обсуждение сложных морально-правовых ситуаций. Этическими комитетами рассматривается множество вопросов, связанных с соблюдением общечеловеческих принципов гуманизма, нравственности, биомедицинской и биофармацевтической этики. Методологической основой организации работы национальных комитетов являются биомедицинская этика и международные документы по контролю социумом соблюдения прав человека в соответствии с Хельсинкской декларацией и Международной хартией прав человека.

Для осуществления общественного контроля над соблюдением этических норм и правил при выполнении работ, связанных с использованием человека и животных как объектов экспериментальных и клинических исследований, в целях соблюдения прав и свобод человека при использовании в отношении его современных достижений науки, проведении образовательной, лечебно-профилактической и иной деятельности, при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь как консультативный орган создан Национальный комитет по биоэтике (НКБЭ), приказ № 274 от 18.04.2006 г. НКБЭ независим в своих оценках, советах и решениях; он играет рекомендательную роль и не принимает юридических решений. НКБЭ активно сотрудничает с законодательными и исполнительными органами страны, общественными организациями. Создание НКБЭ способствует:

- выработке демократического механизма для обсуждения и анализа сложных моральных проблем, связанных со стремительными достижениями науки и техники;
- осуществлению контроля обществом над соблюдением прав человека в соответствии с критериями биомедицинской этики;
- разработке предложений, касающихся законодательного регулирования в области биомедицины;
- помощи в создании, регуляции и координации деятельности этических комитетов и обучению членов этических комитетов;

- повышению уровня непрерывного биоэтического образования специалистов-медиков: от университетской подготовки до повышения квалификации;

- обеспечению участия Республики Беларусь в международном сотрудничестве по вопросам биоэтики;

- пропаганде здорового образа жизни, информированию населения о достижениях и существующих проблемах в области биоэтики.

В Республике Беларусь сегодня созданы и осуществляют свою деятельность разные виды комитетов по биоэтике (этические комитеты, комиссии по этике, ассоциации и т.п.). Каждый из видов этических комитетов, комиссий, ассоциаций, центров, созданных в Республике Беларусь, имеет свои цели, выполняет определенные задачи, функции, осуществляет специфические мероприятия и вместе с тем, несомненно, обнаруживает точки соприкосновения в решении биоэтических проблем, возникающих в различных направлениях исследований и в практическом здравоохранении.

### **2.5.3. Этические аспекты использования животных в биомедицинских исследованиях**

Использование животных в медицинских исследованиях – одна из важнейших и фундаментальных проблем биоэтики. Накопленный опыт показывает, необходимость проведения опытов на животных перед первым испытанием новых лекарств на людях. В Хельсинкской декларации говорится, что биомедицинские исследования на людях должны соответствовать общепринятым научным нормам и принципам и базироваться на предварительно выполненных опытах и экспериментах на животных в лабораторных условиях, а также обширном знании научной литературы. Этот кодекс этических принципов обосновывает необходимость бережного отношения к животным, которые используются учеными при проведении научных исследований.

Проведение доклинического этапа исследований обусловлено следующими факторами:

- предварительное изучение на животных в соответствии с выработанными требованиями являются основой их безопасного применения в практической медицине;

- использование животных в научных экспериментах необходимо для развития медико-биологических наук, что дает возможность для лучшего понимания законов и механизмов протекания жизненных процессов;

- изучение негативного влияния изучаемого препарата на организм экспериментальных животных дает возможность определить, какие ткани и органы более чувствительны к данному препарату и на чем следует акцентировать внимание при проведении клинических испытаний.

Эксперименты на животных дают возможность изучить, как влияет изучаемое вещество на органы с использованием гистологических методов, воздействие различных веществ на внутриутробное развитие плода, возможное мутагенное или канцерогенное действие и другие побочные негативные последствия. Известный ученый И.П. Павлов писал, что «чем полнее будет проделан опыт на животных, тем менее часто больным придется быть в положении опытного объекта со всеми печальными последствиями».

Соблюдение этических принципов при проведении экспериментов на животных стало обязательным условием во всех странах мира. Это становится одним из критериев для оценки цивилизованности страны. Совет международных медицинских научных организаций (СММНО) в 1985г. издал «Этический кодекс», содержащий «международные рекомендации по проведению медико-биологических исследований с использованием животных». В этическом кодексе были разработаны и сформулированы оптимальные для ученых и защитников животных теоретические принципы и этические правила, которые могут стать и стали основой для выработки регламентирующих мер и нормативных документов в различных государствах об использовании животных при проведении биомедицинских исследований. Основными постулатами стали следующие положения:

- использование животных в научных исследованиях нежелательно;
- следует отдавать приоритет методам, не требующим использования животных;
- на данном этапе развития науки использование животных неизбежно;
- моральный императив ученых - гуманное отношение к подопытным животным, избегать причинения им боли и стремиться находить возможность получать те же результаты без использования животных;
- обеспечение наилучших из возможных условий содержания животным, используемым в медико-биологических исследованиях.

Расселом и Берчем была разработана концепция «трех R», которой последние десятилетия руководствуются: для решения этических проблем при использовании животных в экспериментальной биологии и медицине

***Reduction*** – сокращение числа животных;

***Replacement*** – замена животных с высокоорганизованной психикой на стоящих ниже на эволюционной лестнице;

***Refinement*** – щадящее избавление от страданий.

Директива ЕС 86/609/ЕЕС, и соглашение ЕС по защите позвоночных животных и других целях (1986) постановляет: проведение эксперимента запрещается, если имеется другой научно приемлемый метод получения желаемого результата без использования животных.

Альтернативными методами на данный момент являются:

- хранение, использование, обмен информацией, полученной в ранее проведенных экспериментах с животными, чтобы не повторять их снова ;
- использование химических, физических методов, прогнозирование, основанное на химических и физических свойствах молекул;
- оперирование игровыми математическими и компьютерными моделями, создание моделей биохимических, физиологических, фармакологических, токсикологических и поведенческих систем и процессов;
- использование методов *in vitro*, в том числе культивирование тканей человека;
- использование в экспериментах организмов с более низкой организацией, слабой чувствительностью;
- проведение экспериментов с использованием позвоночных животных, но на более ранних стадиях их развития, которые предшествуют тем стадиям, где их использование регулируется законодательством;
- проведение экспериментов с участием людей, включая участников-добровольцев, для изучения побочного действия;
- эпидемиологические наблюдения.

Распространение и применение учеными альтернативных методов дает возможность уменьшить количество животных, используемых для получения новых знаний; свести к минимальным значениям частоту и интенсивность процедур негуманного характера, применяемых по отношению к животным, которые используются в экспериментах; заменяя животных альтернативными биологическими моделями. Низкую эффективность использования животных при проверке, тестировании лекарственных средств, демонстрирует тот факт, что около 90% новых лекарственных препаратов выбраковываются на ранних этапах клинических исследований, несмотря на то, что они длительное время проходили изучение на животных по специально разработанным схемам где испытывались и на острую и хроническую токсичность, и проверялись на канцерогенные, мутагенные и другие побочные действия.

В тоже время следует быть объективными и помнить о тех позитивных результатах, к которым приводят эксперименты на животных, давая возможность более быстро и эффективно развиваться медицине и фармации. А это возлагает на плечи ученых ответственность за обоснование необходимости проведения доклинических испытаний, следование законодательным и этическим нормам при проведении экспериментов с использованием животных, т.е. от ценностных представлений ученого, его нравственного облика зависит надежность и объективность полученных знаний, которые доказывают результативность, эффективность целесообразность использования животных в эксперименте.

## Этико-правовые документы

### **ХЕЛЬСИНКСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ**

#### **Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта**

Принята на 18-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г.,

изменения внесены:

на 29-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Токио, Япония, октябрь 1975 г.

на 35-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.

на 41-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Гонконг, сентябрь 1989 г.

на 48-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Сомерсет Вест, ЮАР, октябрь 1996 г.

на 52-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Эдинбург, Шотландия, октябрь 2000 г.

на 53-ей Генеральной Ассамблее ВМА, Вашингтон, США, октябрь 2002 г. (добавлено разъяснение)

на 55-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Токио, Япония, октябрь 2004 г. (добавлено разъяснение)

на 59-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Сеул, Республика Корея, октябрь 2008 г.

на 64-ой Генеральной Ассамблее ВМА, Форталеза, Бразилия, октябрь 2013 г.

#### **Преамбула**

1. Всемирная Медицинская Ассоциация (ВМА) разработала Хельсинкскую Декларацию в качестве свода этических принципов проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта, в том числе исследований биологических материалов или данных, допускающих идентификацию лица, от которого они были получены.

Текст Декларации предназначен для использования в качестве целостного документа, и каждое его отдельное положение должно применяться с учетом всех других применимых положений.

2. В соответствии с полномочиями ВМА, Декларация адресована, прежде всего, врачам. ВМА призывает других лиц, вовлеченных в медицинские исследования с участием человека в качестве субъекта, следовать этим принципам.

#### **Основные принципы**

3. Женевская декларация ВМА определяет долг врача следующими словами: "Здоровье моего пациента будет моей главной заботой", а международный Кодекс медицинской этики гласит: "Врач при оказании медицинской помощи должен действовать в интересах пациента".

4. Долг врача – поддерживать и охранять здоровье, благополучие и права пациентов, в том числе тех, которые участвуют в медицинском исследовании. Знания и совесть врача должны быть направлены на служение этому долгу.

5. Прогресс медицины основан на научных исследованиях, которые, в конечном счете, должны включать исследования с участием людей в качестве субъектов.

6. Основная цель медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта состоит в том, чтобы понять причины, механизмы развития и последствия заболеваний и совершенствовать профилактические, диагностические и терапевтические вмешательства (методы, процедуры и виды терапии). Даже лучшие из проверенных вмешательств должны постоянно посредством исследований подвергаться оценке на предмет их безопасности, эффективности, действенности, доступности и качества.

7. Медицинские исследования должны проводиться с соблюдением этических стандартов, гарантирующих уважение ко всем субъектам исследований и защиту их здоровья и прав.

8. В то время как основная цель медицинских исследований – получение новых знаний, эта цель никогда не должна превалировать над правами и интересами отдельных субъектов исследования.

9. Долгом врача, вовлеченного в медицинское исследование, является защита жизни, здоровья, достоинства, неприкосновенности, права на самоопределение, частную жизнь и конфиденциальность персональных данных субъектов исследования. Ответственность за защиту субъектов исследования всегда несет врач или иной медицинский работник, и ни в коем случае такая ответственность не может быть возложена на субъекта исследования, даже если он дал свое согласие.

10. Врачи должны учитывать как национальные, так и международные этические и правовые нормы и стандарты проведения исследований с участием человека в качестве субъекта. Никакие национальные или международные этические или правовые требования не должны умалять или отменять меры по защите субъектов исследования, установленные настоящей Декларацией.

11. Медицинские исследования должны проводиться таким образом, чтобы минимизировать возможный вред окружающей среде.

12. Медицинские исследования с участием человека в качестве субъекта должны проводиться только лицами, имеющими соответствующую этическую и научную подготовку, образование и квалификацию. Исследование с участием пациентов или здоровых добровольцев требует контроля со стороны компетентного и имеющего соответствующую квалификацию врача или иного медицинского работника.

13. Группам, в недостаточной мере привлекаемым к участию в медицинских исследованиях, необходимо обеспечить возможность участия в них.

14. Врачи, сочетающие медицинские исследования с оказанием медицинской помощи, должны привлекать к участию в них своих пациентов только в той степени, в какой это оправдано с точки зрения потенциальной профилактической, диагностической или терапевтической ценности, и если врач имеет достаточные основания полагать, что участие в исследовании не скажется неблагоприятным образом на здоровье пациентов, являющихся субъектами исследования.

15. Субъектам, пострадавшим в результате участия в исследовании, должны быть гарантированы соответствующие компенсация и лечение.

#### **Риски, неудобства и польза**

16. В медицинской практике и в медицинских исследованиях большинство вмешательств сопряжено с определенными рисками и неудобствами.

Медицинское исследование с участием человека в качестве субъекта может проводиться только тогда, когда важность цели исследования превышает риски и неудобства для субъектов исследования.

17. Каждому медицинскому исследованию с участием человека в качестве субъекта должно предшествовать тщательное сопоставление возможного риска и неудобств для включенных в исследование лиц или групп с ожидаемой пользой как для этих, так и для других лиц или групп населения, страдающих от заболевания/состояния, при котором проводится данное исследование.

Должны быть предприняты меры по минимизации рисков. Риски должны постоянно контролироваться, оцениваться и документироваться исследователями.

18. Врачи не должны принимать участие в исследованиях с участием людей в качестве субъектов, если они не уверены в том, что произведена надлежащая оценка возможного риска, и что его можно адекватно контролировать.

Если выясняется, что риски превышают ожидаемую пользу, либо становится очевиден определенный исход исследования, врачи должны оценить целесообразность продолжения, изменения либо немедленной остановки исследования.

#### **Уязвимые лица и группы лиц**

19. Некоторые лица и группы лиц являются особо уязвимыми, и есть повышенная вероятность проявления по отношению к ним несправедливости либо причинения дополнительного вреда.

Все уязвимые лица и группы лиц должны получать особую защиту.

20. Медицинское исследование с участием уязвимых групп лиц оправдано только в том случае, если оно имеет отношение к потребностям и приоритетам оказания медицинской помощи именно данной категории лиц и не может быть проведено с участием лиц, не относящихся к уязвимой группе. Кроме того, эта категория лиц должна получать пользу от

теоретических и практических знаний или нового метода вмешательства, полученных в результате исследования.

### **Научные требования и протоколы исследований**

21. Медицинские исследования с участием человека в качестве субъекта должны соответствовать общепринятым научным принципам и основываться на глубоком знании научной литературы, других источников информации, на результатах достаточных лабораторных исследований и, при необходимости, исследований на животных. Необходимо проявлять гуманность по отношению к животным, используемым в исследованиях.

22. Дизайн и порядок выполнения каждого исследования с участием человека в качестве субъекта должны быть четко описаны и обоснованы в протоколе исследования.

Протокол должен освещать этические аспекты исследования и содержать информацию о том, как обеспечивается соблюдение принципов настоящей Декларации. Протокол должен содержать информацию об источниках финансирования, спонсорах исследования, принадлежности к какими-либо организациям, возможных конфликтах интересов, методах стимулирования субъектов исследования и информацию, относящуюся к условиям лечения и/или компенсации субъектам в случае нанесения вреда их здоровью в результате участия в исследовании.

В клинических исследованиях протокол должен также описывать соответствующие условия, действующие после окончания исследования.

### **Комитеты по этике**

23. Перед началом исследования протокол должен быть направлен для рассмотрения, комментирования, выработки рекомендаций и одобрения в соответствующий комитет по этике. Такой комитет должен быть прозрачен в своей деятельности, независим от исследователя, спонсора и любого иного неуместного влияния, должен иметь надлежащую квалификацию. Он должен учитывать законы и подзаконные акты страны или стран, в которых планируется проведение исследования, а также соответствующие международные нормы и стандарты, которые, однако, не должны умалять или отменять меры по защите субъектов исследования, установленные настоящей Декларацией.

У комитета должно быть право осуществлять мониторинг текущих исследований. Исследователь обязан предоставлять комитету информацию, необходимую для такого мониторинга, в особенности информацию о любых серьезных нежелательных явлениях. Никакие поправки к протоколу не могут быть внедрены без рассмотрения и одобрения комитета. После окончания исследования исследователи должны представить в комитет финальный отчет, содержащий резюме результатов и выводов исследования.



### **Частная жизнь и конфиденциальность**

24. Должны быть приняты все меры для защиты частной жизни субъектов исследования и конфиденциальности их персональных данных.

### **Информированное согласие**

25. Участие в качестве субъектов исследования лиц, способных дать информированное согласие, должно быть добровольным. Несмотря на то, что в ряде случаев может быть уместной консультация с родственниками или лидерами социальной группы, ни одно лицо, способное дать информированное согласие, не может быть включено в исследование, если оно не дало своего собственного добровольного согласия.

26. В медицинском исследовании с участием в качестве субъектов исследования лиц, способных дать информированное согласие, каждый потенциальный субъект должен получить достаточную информацию о целях, методах, источниках финансирования, любых возможных конфликтах интересов, принадлежности к каким-либо организациям, ожидаемой пользе и потенциальных рисках, о неудобствах, которые могут возникнуть вследствие участия в исследовании, условиях, действующих после окончания исследования, а также о любых иных значимых аспектах исследования. Потенциальный субъект исследования должен быть проинформирован о своем праве отказаться от участия в исследовании или отозвать свое согласие на участие в любой момент без каких-либо неблагоприятных для себя последствий. Особое внимание должно уделяться специфическим информационным потребностям каждого потенциального субъекта, а также методам, используемым для предоставления информации.

Убедившись, что потенциальный субъект понял предоставленную ему информацию, врач или иное лицо, имеющее соответствующую квалификацию, должны получить добровольное информированное согласие субъекта на участие в исследовании, предпочтительно в письменной форме. Если согласие не может быть выражено в письменной форме, должно быть надлежащим образом оформлено и засвидетельствовано устное согласие.

Всем субъектам медицинского исследования должна быть предоставлена возможность получения информации об общих выводах и результатах исследования.

27. При получении информированного согласия на участие в исследовании врач должен проявлять особую осмотрительность в тех случаях, когда потенциальный субъект находится в зависимом по отношению к врачу положении, или может дать согласие под давлением. В таких случаях информированное согласие должно быть получено лицом, имеющим соответствующую квалификацию и полностью независимым от такого рода отношений.

28. Если потенциальным субъектом исследования является лицо, неспособное дать информированное согласие, врач должен получить информированное согласие его законного представителя. Такие лица не должны включаться в исследования, которые не несут для них вероятной пользы, кроме случаев, когда такое исследование проводится в целях улучшения оказания медицинской помощи группе людей, представителем которой является потенциальный субъект, не может быть заменено исследованием на лицах, способных дать информированное согласие, а также связано только с минимальными рисками и неудобствами.

29. Если потенциальный субъект, признанный не способным дать информированное согласие, способен, тем не менее, выразить собственное отношение к участию в исследовании, врач должен запросить его мнение в дополнение к согласию его законного представителя. Несогласие потенциального субъекта должно учитываться.

30. Исследования с участием субъектов, физически или психически неспособных дать согласие, например, пациентов, находящихся в бессознательном состоянии, могут проводиться только при условии, что физическое или психическое состояние, препятствующее получению информированного согласия, является неотъемлемой характеристикой исследуемой группы. В таких случаях врач должен запрашивать информированное согласие у законного представителя. Если такой представитель не доступен, и если включение пациента не может быть отсрочено, исследование может проводиться без получения информированного согласия при условии, что особые причины для включения субъектов в исследование в состоянии, препятствующем предоставлению информированного согласия, оговорены в протоколе исследования, а проведение исследования одобрено комитетом по этике. При первой возможности должно быть получено согласие субъекта или его законного представителя на продолжение участия в исследовании.

31. Врач должен предоставить пациенту полную информацию о том, какие из аспектов лечения относятся к проводимому исследованию. Отказ пациента участвовать в исследовании или решение о выходе из исследования не должны отражаться на его взаимоотношениях с врачом.

32. В медицинских исследованиях с использованием биологических материалов или данных, допускающих идентификацию лица, от которого они были получены, например, при исследованиях материалов либо данных, содержащихся в биобанках или аналогичных хранилищах, врач должен получить информированное согласие на получение, хранение и/или повторное использование таких материалов и данных. Могут иметь место исключения, когда получение согласия для такого исследования невозможно или нецелесообразно. В таких случаях исследование может проводиться только после рассмотрения и одобрения комитетом по этике.

### **Использование плацебо**

33. Польза, риски, неудобства и эффективность нового вмешательства должны оцениваться в сравнении с лучшими из проверенных вмешательств, за исключением следующих случаев:

- когда не существует проверенного метода вмешательства, приемлемым является использование в исследованиях плацебо или отсутствия вмешательства, либо

- когда в силу убедительных и научно-обоснованных методологических причин использование любого вмешательства, менее эффективного, чем лучшее из уже проверенных, а также использование плацебо либо отсутствия вмешательства необходимы для оценки эффективности либо безопасности исследуемого вмешательства,

при этом пациенты, получающие вмешательство, менее эффективное, чем лучшее из уже проверенных, плацебо, или не получающие никакого вмешательства, не будут подвергаться дополнительному риску причинения серьезного или необратимого ущерба здоровью в результате неполучения лучшего из уже проверенных вмешательств.

Крайне важно не допускать злоупотребления такой возможностью.

### **Условия после окончания исследования**

34. До начала исследования спонсоры, исследователи и государственные органы стран, в которых планируется исследование, должны предусмотреть возможность доступа участников исследования к требующейся им терапии, если в процессе исследования выяснилось, что она приносит им пользу. Эта информация должна быть доведена до сведения участников исследования в процессе получения информированного согласия.

### **Регистрация исследований, публикации и распространение результатов**

35. Каждое исследование с участием людей в качестве субъектов исследования должно быть зарегистрировано в публично доступной базе данных прежде, чем в него будет включен первый субъект.

36. Исследователи, авторы, спонсоры, редакторы и издатели несут этические обязательства в отношении публикации и распространения результатов исследования. Исследователи обязаны обеспечить открытый доступ к результатам проведенных ими исследований с участием человека в качестве субъекта, и несут ответственность за полноту и достоверность отчетов об исследованиях. Все стороны должны неукоснительно придерживаться общепринятых этических принципов при подготовке отчетов об исследованиях. Как положительные, так и отрицательные, а также не позволяющие сделать окончательные выводы результаты исследований должны публиковаться или иным образом становиться публично доступными. В публикации должны быть указаны источники финансирования, принадлежность к каким-либо организациям и

имеющиеся конфликты интересов. Отчеты об исследованиях, проведенных с нарушением принципов, установленных настоящей Декларацией, не должны приниматься к публикации.

### **Непроверенные вмешательства в клинической практике**

37. При лечении конкретного пациента, если проверенных вмешательств не существует или существующие не оказывают должного эффекта, врач, после консультации с экспертами и получения информированного согласия пациента или его законного представителя, может использовать непроверенное вмешательство, если, по мнению врача, его применение дает надежду спасти жизнь пациента, восстановить его здоровье или облегчить страдания. Такое вмешательство должно впоследствии стать объектом исследования, организованного с целью оценки его эффективности и безопасности. В любом случае, вся новая информация должна документироваться и, в соответствующих случаях, становиться публично доступной.

## **КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА И БИОМЕДИЦИНЕ**

Овьедо, 4 апреля 1997 г.

(Извлечение)

### **ГЛАВА V. Научные исследования**

#### **Статья 15. Общее правило**

Научные исследования в области биологии и медицины осуществляются свободно при условии соблюдения положений настоящей Конвенции и других законодательных документов, гарантирующих защиту человека.

#### **Статья 16. Защита лиц, выступающих в качестве испытуемых**

Исследования на людях проводятся только при соблюдении следующих условий:

- не существует альтернативных методов исследования, сопоставимых по своей эффективности;
- риск, которому может быть подвергнут испытуемый, не превышает потенциальной выгоды от проведения данного исследования;
- проект предлагаемого исследования был утвержден компетентным органом после проведения независимой экспертизы научной обоснованности проведения данного исследования, включая важность его цели, и многостороннего рассмотрения его приемлемости с этической точки зрения;
- лицо, выступающее в качестве испытуемого, проинформировано об имеющихся у него правах и гарантиях, предусмотренных законом;
- получено явно выраженное, конкретное письменное согласие, предусмотренное в статье 5. Такое согласие может быть беспрепятственно отозвано в любой момент.

## **Статья 17. Защита лиц, не способных дать согласие на участие в исследовании**

1. Исследования на людях, не способных дать на это согласие в соответствии со статьей 5, могут проводиться только при соблюдении всех следующих условий:

- выполнены условия, изложенные в пунктах I-IV статьи 16;
- ожидаемые результаты исследования предполагают реальный непосредственный благоприятный эффект для здоровья испытуемых;
- исследования с сопоставимой эффективностью не могут проводиться на людях, которые способны дать согласие;
- получено конкретное письменное разрешение, предусмотренное в статье 6, и
- сам испытуемый не возражает против этого.

2. В исключительных случаях и в соответствии с требованиями, предусмотренными законом, проведение исследований, не направленных на непосредственный неблагоприятный эффект для здоровья испытуемых, разрешается при соблюдении требований, изложенных в подпунктах (I), (III), (IV) и (V) пункта 1 выше, а также следующих дополнительных условий:

- целью исследования является содействие путем углубления и совершенствования научных знаний о состоянии здоровья человека, его болезни и расстройстве, получению в конечном счете результатов, могущих иметь благоприятные последствия как для состояния здоровья данного испытуемого, так и других лиц, страдающих той же болезнью или расстройством или находящихся в аналогичном состоянии.
- участие в данном исследовании сопряжено с минимальным риском или неудобствами для данного испытуемого.

## **Статья 18. Исследования на эмбрионах *in vitro***

1. Если закон разрешает проводить исследования на эмбрионах *in vitro*, он же должен предусматривать надлежащую защиту эмбриона.

2. Создание эмбрионов человека в исследовательских целях запрещается.

## **Темы рефератов, докладов и творческих проектов**

1. Этика проведения эксперимента на человеке.
2. Международные документы, регламентирующие проведение экспериментов на человеке.
3. Этические и правовые вопросы использования органов и тканей человека.
4. Осведомленность медицинских работников по этико-правовым вопросам биомедицинских исследований.
5. Соблюдение принципов биомедицинской этики в обращении с телами

- умерших и анатомическими препаратами, используемыми в учебных целях.
6. Биоэтические проблемы в преподавании анатомии человека.
  7. Биоэтические проблемы в преподавании физиологии.
  8. Отражение отношения человека к животным в религиях мира.
  9. Биоэтика отношения к лабораторным животным.
  10. Биоэтика и основные критерии эвтаназии экспериментальных животных.
  11. Сущность и проблемы использования гуманных альтернатив при обучении наукам о жизни.
  12. Этика и экология.
  13. Статус и предназначение Национального комитета по биоэтике в Республике Беларусь

## **Литература к разделу 2**

### ***Основная:***

1. Биомедицинская этика: Практикум. Уч. пособие / Под общ. ред. С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. – Мн.: БГМУ, 2011.
2. Биомедицинская этика : учеб. пособие / под ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. – Минск, 2009. – 351 с.
3. Гоглова О. Биомедицинская этика : учеб. пособие / О. Гоглова, С. Ерофеев, Ю. Гоглова. – СПб. : Питер, 2013. – 272 с.
4. Основы биоэтики : учеб. пособие / Я.С. Яскевич [и др.] ; под ред. Я. С. Яскевич, С. Д. Денисова. – Минск : Выш. шк., 2009. – 351 с.

### ***Дополнительная:***

5. Абрамов, Б. Э. Хоспис и паллиативная медицина – альтернатива эвтаназии / Б. Э. Абрамов // Христианство и медицина. – 2001.
6. Арьес, Ф. Человек перед лицом смерти / Ф. Арьес. – М. : Прогресс, 1992. – 528 с.
7. Биомедицинская этика : практикум : учеб. пособие / под общ. ред. С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. – Минск : БГМУ, 2011. – 203 с.
8. Биотехнология. Биобезопасность. Биоэтика / под ред. А. П. Ермишина. – Минск, 2005. – 373 с.
9. Быкова, С. Что думают об эвтаназии врачи / С. Быкова, Б. Юдин, Л. Ясная // Врач. – 1994. – № 4. – С. 48-51.
10. Глобальная биоэтика в социальном измерении : материалы науч.-практ. конф., Минск, 16–18 дек. 2015 г. / сост., отв. ред.: Т. В. Мишаткина, С. Б. Мельнов, Л. М. Логиновская. – Минск : ЮНЕСКО-МГЭИ им. А. Д. Сахарова БГУ, 2016. – 278 с.
11. Глобальная биоэтика в социальном измерении : словарь-справочник / под ред Т. В. Мишаткиной. – Минск : Ин-т радиологии, 2015. – 195 с.

12. Гоглова, О. О. Хоспис как альтернатива эвтаназии / О. О. Гоглова // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2012. – № 1. – С. 40-47.
13. Готова, О. О. Этико-правовые проблемы медицинской генетики / О. О. Готова // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2012. – № 5. – С. 40-44.
14. Иванюшкин, А.Я. Новая медицинская этика приходит из хосписа / А. Я. Иванюшкин // Человек. – 1994. – № 5. – С. 108–115.
15. Коновалова, Л.В. Проблема смерти и современная биоэтика / Л.В. Коновалова // Идея смерти в российском менталитете : сборник / Рос. акад. наук, Ин-т философии ; отв. ред. Ю.В. Хен. – СПб. : Изд-во Рус. христиан. гуманитар. ин-та, 1999. – С. 137–149.
16. Курило Л. Ф. Этико-правовые аспекты использования стволовых клеток человека / Л. Ф. Курило // Человек. – 2003. – № 3. – С. 23–27.
17. Кэмпбелл, А. Медицинская этика / А. Кэмпбелл, Г. Джиллет, Г. Джонс ; под. ред. Ю.М. Лопухина, Б. Г. Юдина. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 395 с.
18. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. – Киев : София, 2001. – 316 с.
19. Линдерберг, И. Уничтожение больных и немецкая психиатрия / И. Линдерберг // Обзорение психиатрии и медицинская психология. – 1992. – № 4. – 139–148.
20. Мельнов, С. Б. Биоэтические проблемы генетики человека / С. Б. Мельнов // Глобальная биоэтика в социальном измерении. – Минск, ЮНЕСКО-МГЭИ им. А. Д. Сахарова БГУ, 2016. – С. 217–227.
21. Мишаткина, Т. В. Три круга этики / Т. В. Мишаткина // Человек. – 2006. – № 5. – С. 89–98.
22. Павлова, Ю.В. Проблемы эвтаназии в праве [Электронный ресурс] / Ю. В. Павлова // Здравый смысл. – 2005. – № 3(36). – Режим доступа: <http://razumru.ru/humanism/journal/36/pavlova.htm>.
23. Роганов, С. В. Рецепции смерти в современной культуре / С.В.Роганов // Человек. – 2007. – № 3. – С. 107–116.
24. Силуянова, И. В. Биоэтика в России: ценности и законы / И. В. Силуянова. – М., 1997. –192 с.
25. Становление и развитие трансплантации органов в Республике Беларусь / Пикирения И.И., Пиров Б.С., Коротков С.В., Калачик О.В., Дзядзько А.М., Руммо О.О. // Международный научно-практический журнал «Хирургия. Восточная Европа»–2016–№2–С. 258–266.
26. Старовойтова, О. Э. Клонирование человека как правовая категория / О. Э. Старовойтова, В. Н. Старовойтов // Мед. право. – 2008. – № 4. – С. 35–38.

27. Усс, А. Л. Развитие высоких биотехнологий и этические проблемы трансплантологии: достижения и проблемы в Республике Беларусь / А. Л. Усс // Глобальная биоэтика в социальном измерении. – Минск : ЮНЕСКО-МГЭИ им. А. Д. Сахарова БГУ, 2016. – С. 243–252.

28. Хрусталеv, Ю. М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья : учебник / Ю. М. Хрусталеv. – М. : ГЭОТАРМедиа, 2013. – 400 с.

### ***Нормативные правовые акты Республики Беларусь:***

29. Кодекс врачебной этики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.bsmu.by/downloads/kafedri/k\\_poli\\_ter/4.pdf](https://www.bsmu.by/downloads/kafedri/k_poli_ter/4.pdf).

30. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). – Минск: Амалфея, 2007. – 48 с.

31. О безопасности генно-инженерной деятельности: Закон Республики Беларусь, 9 янв. 2006 г., №96-З.

32. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 №2435-ХП: в редакции Закона Республики Беларусь от 20.06.2008 № 363-З. с изм. и доп.

33. О трансплантации органов и тканей человека: Закон Республики Беларусь, 4 марта 1997 г., №28-З (в ред. от 09.01.2007 г. № 207-З).

34. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 № 200: с изм. и доп.

### ***Международные нормативные правовые акты:***

35. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, ЮНЕСКО, 19 окт. 2005 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/bioethics\\_and\\_hr.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml).

36. О защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине ETS, № 164 (Совет Европы, Овьедо, 4 апр. 1997 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://lawbook.online/meditsinskoe-pravo-rossii/konventsiiya-soveta-evropyi-24844.html>.

37. Всеобщая декларация прав человека : Принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН, 10 дек. 1948 г.

38. Женевская декларация : Международная клятва врача (ВМА, Генеральные ассамблеи 1948, 1968, 1983 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh.htm>.

39. Хельсинкская Декларация (ВМА, Генеральные Ассамблеи 1964, 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002 гг.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh1.htm>.



40. Международный Кодекс медицинской этики (ВМА, Генеральные Ассамблеи 1949, 1968, 1983 гг.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh1.htm>.

41. Международное руководство по этике биомедицинских исследований с участием человека (CIOMS) [Электронный ресурс]. – Женева, 1993. – 32 с. – Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh1.htm>.

42. Европейская хартия прав пациентов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cop.health-rights.org/ru/teaching/51/European-charter-of-patient-s-rights>.

43. Руководство по надлежащей клинической практике, подготовленное Международной конференцией по гармонизации (ICH GCP, 1996 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/6195>.

44. Рекомендации комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований / ВОЗ. – Женева, 2000.

45. Дополнительный протокол к Конвенции Совета Европы о биомедицине и правах человека, касающийся биомедицинских исследований [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901921573>.

46. Картахенский протокол по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/pdf/cartagena.pdf](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/cartagena.pdf).

47. О присоединении Республики Беларусь к Картахенскому протоколу по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии : Закон Респ. Беларусь, 6 мая 2002 г., № 97-3 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pravo.newsby.org/belarus/zakon1/z209.htm>.

### 3. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В КОНТЕКСТЕ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

#### 3.1. СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

3.1.1. Основные понятия и проблемное поле современной медицинской деонтологии.

3.1.2. Врач и пациент: этические модели взаимодействия. Деонтология и права пациента.

3.1.3. Этические особенности поведения врача на основных этапах лечебного процесса.

3.1.4. Этика взаимоотношений в медицинском коллективе.

3.1.5. Врачебные ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.

##### 3.1.1. Основные понятия и проблемное поле современной медицинской деонтологии

В современной медицинской литературе наблюдаются разногласия по вопросу о содержании терминов *медицинская деонтология и врачебная этика*. Одни авторы считают, что термин «врачебная этика» самодостаточен, ибо включает в свое содержание все проблемы, связанные с взаимоотношениями между участниками лечебного, реабилитационного и профилактического процессов, а также регламентацией поведения медперсонала в соответствии с критериями профессиональной чести и достоинства. Другие полагают, что вполне можно обойтись термином «медицинская деонтология», содержание которого включает в себя те же компоненты. Наконец, существует мнение, что термины «врачебная этика» и «медицинская деонтология» имеют различное содержание: *врачебная этика* – учение о долге, чести и достоинстве врача, а *деонтология* – о взаимоотношениях между всеми участниками лечебного, реабилитационного и профилактического процессов.

*Деонтология* – пограничная дисциплина между этикой и медициной, имеющая свою специфику. Деонтология – это форма прикладной медицинской этики специалистов-профессионалов, в рамках которой вырабатываются конкретные этические нормы поведения, соблюдение которых основано на принципах морального долга, чести и достоинства всех участников лечебного процесса.

Основной задачей медицинской деонтологии является оптимизация оздоровительного процесса, что достигается не только совершенствованием средств и методов лечебной практики, но и безусловным выполнением медиками своего долга на основе высокого

профессионализма..

Сегодня медицинская деонтология понимается как наука о моральном, эстетическом, и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу - заботе о здоровье человека, учение о долге медика вообще и о том, каковы должны быть взаимоотношения между медиками, больными и их родственниками, а также между коллегами в медицинском коллективе и целыми учреждениями, участвующими в борьбе за жизнь и здоровье людей.

Наряду с моральными нормами, регулирующими медицинскую деятельность в целом, в медицинской деонтологии фиксируются и особые нормы и стандарты, применительно к той или иной сфере медицинской практики (деонтология в хирургии, акушерстве и гинекологии, педиатрии и т.д.)

Современная деонтология органически вошла в пространство биомедицинской этики. Ее проблемы рассматриваются сквозь призму принципов и норм биоэтики (см. раздел 1), которые отражаются в современных деонтологических кодексах, разрабатываемых медицинскими сообществами. В Беларуси такими основополагающими документами в области здравоохранения являются Клятва врача Республики Беларусь и Кодекс врачебной этики, принятые I съездом врачей Республики (1998), а сегодня получившие юридическое закрепление в Законах Республики Беларусь, регламентирующих медицинскую науку и практику, охрану здоровья и лекарственное обеспечение населения, в первую очередь, в Законе о здравоохранении. Общепринятые деонтологические принципы являются здесь фундаментом, на котором выстраиваются конкретные врачебные нормы, правила и обязанности и возводится здание отношений между врачом и пациентом. В их основе лежат не категории добра и зла, а *пользы и вреда*, причем не столько во благо рода человеческого, сколько во благо конкретного человека, ибо медицинская деонтология направлена на сохранение жизни и здоровья *каждого конкретного больного*. Знание и конкретизация основных положений Кодекса помогает сформироваться в сознании врача прочным устойчивым деонтологическим стереотипам, обеспечивающим его *нравственный облик и профессиональные качества*. Социокультурные, интеллектуальные, эмоционально-волевые качества, придающие индивиду общественно значимый характер, принципиально важны в медицине, что отражено в формуле: *врач в своей деятельности прежде всего врач*. Он не может руководствоваться ничем иным, кроме *глубоких профессиональных знаний, высоких моральных принципов, обостренного чувства долга перед больными и обществом*.

Деонтология предписывает медицинскому работнику:

- исполнять свой *профессиональный долг перед пациентами и обществом*
- все свои знания и умения направлять на укрепление и сохранение здоровья и жизни пациентов;
- добросовестно относиться к выполнению своих *профессиональных обязанностей*;
- оказывать медицинскую помощь, уважительно и гуманно относиться к пациентам, постоянно повышать уровень своих профессиональных знаний;
- стремиться к реализации *принципов и норм медицинской профессии* в своей практической деятельности;
- не причинять вред, проявлять сострадание, быть справедливым, сохранять врачебную тайну.

Деонтология также предполагает право медицинских работников на защиту своей *профессиональной чести и достоинства*.

Современная медицинская деонтология определяет:

- моральные аспекты взаимоотношений врач – пациент и их специфику в педиатрии, онкологии, психиатрии, акушерстве и гинекологии и др.;
- права пациента и их нормативное регулирование;
- моральные аспекты взаимоотношений между врачом и близкими пациента;
- моральные аспекты взаимоотношений в медицинском коллективе (между коллегами, врачом и медицинским персоналом);
- моральные аспекты врачебных ошибок и ятрогении.

### **3.1.2. Врач и пациент: этические модели взаимодействия. Деонтология и права пациента**

Врач и пациент являются основными субъектами взаимодействия в пространстве современной медицины. Модели этого взаимодействия определяются моральными ориентирами медицинской профессии, традициями врачевания, существующими в данном обществе, спецификой состояния, в котором находится пациент.

В медицинской деонтологии существуют две основные модели взаимодействия врача и пациентов: традиционная - *патерналистская* и более современная – *автономная*.

**Патерналистская модель** (от лат. *pater* – отец) – традиционная форма взаимоотношений врача и пациента, которая господствовала в медицине до середины XX века. Эта модель ориентировала врача на самостоятельный выбор тактики и методов лечения, исходя из пользы для пациента и непричинения ему вреда. Врач брал на себя ответственность за исход лечения, а также решал, в какой мере пациент может быть проинформирован о сути болезни, механизмах лечения и его последствиях. Пациент оказывался полностью зависимым от действий врача. Патерналистская модель предполагает, что врач берет на себя всю полноту решений, касающихся жизни и здоровья больных. К сожалению, признавая

необходимость более демократичных взаимоотношений с больным, наша медицина в реальной жизни во-многом руководствуется принципом патернализма. Некомпетентность больного, его страх и растерянность перед непривычной обстановкой, инструментами, манипуляциями, непонятной терминологией, его угнетенное психосоматическое состояние и вместе с тем его порой наивная вера в силу медицины и надежда на врача – все это ставит больного в положение *зависимости* от него.

**Автономная модель** – современная форма взаимоотношений врача и пациента, получившая распространение с середины XX века. Эта модель предполагает равноправные отношения врача и пациента, которые строятся на основе признания автономии личности пациента, его информирования и согласия на медицинское вмешательство. Пациент самостоятельно решает, что для него является благом и наряду с врачом несет ответственность за принятое им решение. Автономная модель строится на признании моральной *независимости* пациента, его мнения о том, что является благом для него самого, когда врач не рассматривает собственные представления как единственно правильные, а умело подводит больного к «самостоятельному» выбору метода и средств лечения. Тем самым повышается и ответственность пациента в принятии решения о лечении, профилактике заболевания, медицинской реабилитации.

Вместе с тем возможны ситуации, когда состояние больного не позволяет ему участвовать в принятии решения в то время, когда требуется неотложное медицинское вмешательство (больной в бессознательном состоянии). Здесь более правомерна патерналистская модель поведения.

Кроме того, возможна третья, пограничная модель – ***ослабленного патернализма***, применяемая в ситуациях, вынуждающих медиков действовать, не заручившись предварительно согласием пациента. Это ситуации, связанные со снижением уровня автономии личности (например, у пациентов психоневрологических стационаров).

Возможны и другие модели. Так, в Европе и Америке пользуется популярностью *классификация моделей взаимоотношений между врачом и пациентом*, разработанная американским специалистом по биоэтике Р. Витчем. Он выделяет четыре модели, которые встречаются в современной медицине: *инженерную, сакральную, коллегиальную и контрактную*. Последнюю модель Р. Витч считает наиболее соответствующей современным реалиям. Ее определяют принципы *свободы, личного достоинства, честности, исполнения обещаний и справедливости*. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой. Если же врач не сможет жить в согласии со своей совестью, вступив в такие отношения, то контракт или расторгается, или не заключается.

*Современные аспекты медико-этических проблем пациента.* На

современном этапе развития медицины все чаще слово «больной» заменяется словом «пациент», означающим в переводе с латинского – «страдающий», а с французского – «терпеливый», «пассивный», «безучастный».

Современный пациент имеет ряд особенностей. По мнению профессора Н.В. Эльштейна медицинский портрет сегодняшнего «среднего» пациента включает в себя шесть отличительных черт:

1. Множественность болезней;
2. Наличие расстройств центральной нервной системы;
3. Наклонность к полноте и ожирению;
4. Проявления аллергизации;
5. Наличие хронических очагов инфекции;
6. Утрата болезнями своего классического лица.

Как считает профессор М.Я. Яровинский, к числу психологических особенностей современного пациента можно отнести *«...неизмеримо возросшую медицинскую образованность...»*. Мотивацией к получению медицинских знаний для пациента может служить возможное недоверие к врачам. Этому способствует широкий доступ к медицинской литературе. В конечном итоге сочетание знания с полужнанием формируют у пациента *переоценку своего собственного понимания проблем медицины*.

Признание важности профилактики на словах у пациентов сочетается с почти полным игнорированием ее на деле. Современный пациент склонен к самолечению и проявляет обостренный интерес к парамедицине.

Некоторые врачи условно делят своих пациентов на *«приятных»* и *«неприятных»* по самым различным критериям. Давая оценку таким разделениям, необходимо отметить, что с точки зрения медицинской этики для врача вообще не должно существовать *«неприятных больных»*.

Формы взаимоотношений врача и пациента зависят также от состояния, в котором находится пациент. С этой точки зрения принято выделять ситуации *острого и хронического заболевания, терминального состояния*, а также ситуацию, при которой больной находится в *бессознательном (коматозном) состоянии*. В рамках каждой из этих ситуаций нравственные нормы взаимоотношений врача и пациента формулируются по-разному.

Развитие современной медицинской науки и практики порождает новые моральные проблемы в отношениях между врачом и пациентом. К ним чаще всего относятся:

- проблема *деперсонализации отношений врач – пациент*. В условиях высокой степени разделения труда в современной медицине расширяется круг лиц, с которым приходится контактировать пациенту, а непосредственное общение и личностный контакт пациента и врача становятся проблематичными.

- проблема *коммерциализации отношений врач – пациент*. В рамках рыночных форм организации здравоохранения врачи выполняют роль производителей и продавцов медицинских услуг, а пациенты – роль покупателей. В этих условиях возникают фундаментальные противоречия интересов врачей и пациентов. Врач заинтересован в том, чтобы продать больше медицинских услуг и по возможно большей цене. Это может неблагоприятно сказываться не только на финансах пациента, но и на его здоровье.

- проблема *формализации отношений врач – пациент*. В основе современного медицинского знания лежит естественнонаучный подход к человеку, абсолютизация которого приводит к тому, что разрушается целостное восприятие пациента как уникальной личности, и он становится для врача лишь объектом приложения своих знаний и навыков.

- проблема *скептического отношения пациентов к рекомендациям врача*. Повышение уровня информированности населения в области медицины, реклама медицинских услуг и фармацевтических препаратов формирует склонность пациентов к самолечению, недоверие и сомнение в правильности назначенного врачом лечения, обращение к нетрадиционной медицине.

Решение этих проблем во многом зависит от биоэтической образованности и нравственных качеств медицинского работника. Врач должен учитывать индивидуальные особенности пациента, его состояние и переживания с ним связанные, соотносить свою деятельность с общечеловеческими моральными ценностями – *добром, милосердием, заботой, сочувствием, справедливостью*.

Современная деонтология, развиваемая в рамках биомедицинской этики, строится на основе признания и уважения *прав пациента*, а их соблюдение становится *обязанностью врача*. Права пациента в Республике Беларусь закреплены в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении», других нормативно-правовых актах и предполагают право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников;
- свободный выбор врача, получение полной информации о состоянии своего здоровья, методах обследования, лечения и его последствиях, квалификации медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- согласие или отказ от оказания медицинской помощи и госпитализации;
- обжалование поставленного диагноза, применяемых методов обследования и лечения, организации оказания медицинской помощи;
- сохранение медицинскими работниками врачебной тайны;

- духовную поддержку священнослужителя, и др.

### **3.1.3. Этические особенности поведения врача на основных этапах лечебного процесса**

*Поведение врача во время обследования больного.* Очень важной является первая встреча больного с врачом. Здесь нет мелочей, все имеет значение: внешний вид врача, его общая культура. Беседа врача с пациентом – это целая наука. Будущему врачу должны быть известны слова психиатра В. М. Бехтерева, ставшие афоризмом: «Если больному после беседы с врачом не становится легче – это не врач». Поэтому студенту медицинского вуза необходимо учиться вести беседу, знать определенные правила общения, коммуникации и им следовать (об этом см. раздел 4 пособия). Беседовать с пациентом нужно один на один. Недопустимо делать это в общей палате в присутствии других пациентов, в ординаторской – в присутствии других врачей и т. д. Нельзя поручать сбор анамнеза кому-либо (другому врачу, ассистенту, ординатору, студенту и т. д.): анамнез должен собирать лечащий врач.

Лабораторные и диагностические исследования – *первый этап собственно лечебного процесса*. Основные этические правила, которые необходимо соблюдать в ходе них, следующие.

1. Никогда инструментальное исследование не должно быть опаснее болезни. То есть надо помнить о законе адекватности и по возможности пользоваться более простыми, неопасными методами исследования.

2. Нужно проводить только те исследования, которые необходимы для установления диагноза. Все дополнительные исследования (например, для научных целей) могут производиться только по согласованию с пациентом в рамках информированного согласия.

3. Между врачом и пациентом должен быть установлен психологический контакт. Необходимое условие этого контакта – доверие пациента к медицинскому работнику. Пациент должен быть уверен в том, что ему не навредят. Все манипуляции, выполняемые средним медицинским персоналом, врач обязан уметь делать на более профессиональном уровне и при необходимости заменить медицинскую сестру, если она неквалифицированно выполняет свою работу.

*Второй этап лечебного процесса* – установление диагноза. Греческое слово *diagnosis* означает «распознавание, определение», то есть установление причин страдания. Методологии установления диагноза обучают на пропедевтических кафедрах. С этических позиций важно лишь подчеркнуть, что ввиду высокой действенности современной терапии риск причинения вреда пациенту при неправильном диагнозе очень высок. Поэтому диагностика должна быть максимально ранней и точной. Лечащий врач не должен препятствовать желанию пациента уточнить диагноз у другого врача, а напротив, сам должен этому способствовать



(консультироваться сам, устраивать консультации больного у других специалистов). Наконец, ему не следует воспринимать дополнительные консультации пациента у других врачей как личное оскорбление или недоверие.

*Третий этап лечебного процесса* – собственно лечение пациента. Лечить быстро, безопасно и приятно призывал коллег древнеримский врач *Асклепиад* (128-56 годы до н. э.). Лечение должно быть своевременным, максимально ранним и максимально скорым. Врач должен ценить каждый день, каждый час и каждую минуту. Для эффективного лечения больного важно правильно определить, какая форма лечения – в условиях стационара или амбулаторная – для него является наилучшей. В современных условиях акцент делается на амбулаторном лечении, в стационарах все шире распространяется форма дневного пребывания пациента, а основное внимание уделяется обследованию, а не лечению, тогда как именно лечение – главная задача и смысл врачебной деятельности. Именно наблюдение врача-специалиста за динамикой состояния пациента, изменение схемы лечения важны для выздоровления. Для пациента очень важно чувствовать заинтересованность врача в его выздоровлении.

Лечить больного, а не болезнь – важнейшее правило. Его соблюдение очень важно потому, что пациент, как правило, страдает от нескольких недугов. В условиях стремительного развития медицины, медицинских технологий необходимо строго соблюдать принцип информационного согласия. Пациент должен быть уверен, что все назначенные ему препараты и процедуры необходимы для его лечения. Если врач назначает что-то сверх необходимого (с исследовательской целью, для уточнения действия каких-то препаратов, чтобы впоследствии назначать их другим пациентам), он обязан проинформировать больного об этом. Разъяснить ему все возможные последствия и получить не просто согласие, то есть расписку, а согласие на основе полной и достоверной информации, или так называемое информированное согласие. Пациент вправе такого согласия не давать.

В рамках информированного согласия и расширения прав пациента больной может корректировать лечение вплоть до отказа от него. Врач обязан с этим считаться. Но при этом он должен выполнить свою профессиональную обязанность – вылечить пациента или хотя бы улучшить его состояние. Хороший врач всегда найдет нужные слова для убеждения пациента, обратится за помощью к коллегам.

Обаяние врача – не искусственно созданный образ, а внешнее проявление его моральной сущности. Следует помнить, что *нравственная культура врача – качество, определяющее его профессионализм.*

### 3.1.4. Этика взаимоотношений в медицинском коллективе

Современная медицина – коллективная форма знания и деятельности. *Коллектив* (от лат. *collectivus* – собирательный) – это не просто объединение людей, связанных постоянной совместной работой, коллектив представляет собой совокупность людей, объединенных одинаковыми ценностями и ориентированных в своей деятельности на достижение единых целей.

В медицине коллективами являются поликлиника и амбулатория, медицинский центр и больница, отделение и лаборатория, медицинские университет и колледж, в т.ч. курсы и группы. Если в коллективе пренебрегают морально-этическими принципами взаимоотношений, то это может привести к снижению репутации коллектива и большим издержкам в работе. Биомедицинская этика рассматривает этические принципы и нормы, регулирующие взаимоотношения в медицинском коллективе, через призму *ценностей жизни и здоровья каждого человека*.

Коллективу современного учреждения здравоохранения в силу существующей *дифференциации и специализации* медицинской деятельности очень важно сохранять целостное видение результатов своего труда. Это возможно только тогда, когда все взаимоотношения между коллегами в медицинском коллективе подчинены *единой цели – спасению жизни и сохранению здоровья пациентов*.

При рассмотрении этики деловых отношений в медицинском коллективе важно обратить внимание на *общие этические нормы и правила поведения*, которые следует соблюдать независимо от того, где и кем работает медицинский работник. К ним относятся *правила внешней и внутренней культуры* медицинского работника. Правила внешней культуры поведения включают в себя правила благопристойности, приличия, хорошего тона и соответствующего внешнего вида (опрятность, привычка следить за чистотой одежды, обуви и т.д.). Строго должна соблюдаться форма одежды (соответственно отделению), недопустимы большое количество косметики, украшений, экстравагантные прически, вызывающие татуировки, пирсинг и т.п. К правилам внешней культуры следует отнести также требования взаимной вежливости, сдержанности и тактичности; умения приветствовать друг друга, не проявляя при этом фамильярности; умения держать себя среди коллег и больных; вести беседу соответственно обстановке и условиям и т.д. Беседуя с коллегой особенно со старшим, надо уметь выслушать собеседника, не мешая высказать ему то, что он думает, а затем, если в этом имеется надобность, спокойно возразить, но без грубости и личных выпадов, т.к. это будет свидетельствовать о бестактности и несдержанности. Правила внутренней культуры включают в себя добросовестное отношение к труду, соблюдение дисциплины, дружелюбие и чувство коллегиальности, взаимоподдержку и взаимную требовательность и т.д. Требования и правила внешней и внутренней культуры – это слагаемые *медицинского*

**этикета.** Соблюдение общих правил этикета не только полезно для каждого коллектива, но и украшает его.

В процессе своей работы врач постоянно контактирует с коллегами – со своими старшими и младшими товарищами, специалистами других профилей, врачами параклинических служб (рентгенологами, эндоскопистами, клиническими лаборантами, иммунологами, физиотерапевтами и др.), а также с провизорами, средним и младшим медицинским персоналом. В связи с этим во врачебной профессии особую роль приобретает налаживание правильных взаимоотношений между медицинскими работниками, преемственность и слаженность в работе всех звеньев медицинской службы, от которых зависит своевременность и качество оказания медицинской помощи.

**Взаимоотношения между врачами.** В самой врачебной профессии заложен принцип коллегиальности, необходимости самого тесного сотрудничества в интересах больного. Вот почему уже в трудах Гиппократы рекомендуется в затруднительных случаях приглашать на консультацию других врачей: *«Нет ничего постыдного, если врач, затрудненный в каком-либо случае у больного и не видя ясно по причине своей неопытности, просит пригласить других врачей, с которыми он мог бы совместно выяснить положение больного и которые посодействовали бы ему найти помощь...»* (Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления. – Мн., 1998). Обращение за помощью к другому врачу свидетельствует не о слабой профессиональной подготовке самого врача, а, напротив, о серьезном и вдумчивом подходе к выполнению своих врачебных обязанностей, об ответственности врача перед больными. Необращение врача за советом к своему более опытному коллеге в сложных для диагностики и лечения случаях является серьезным деонтологическим нарушением. Обращаться за советом к своим коллегам и самому никогда не отказывать им в совете и помощи призывает врачей «Клятва врача Республики Беларусь», возведенная в норму Закона.

Важно считаться с мнением каждого врача, независимо от его специализации, стажа и возраста. Формой коллективного решения сложных проблем диагностики и лечения является **медицинский консилиум** (слово «консилиум» происходит от древнеримского бога Конса, который был покровителем зрелых колосьев и зрелых мыслей; его именем называли собрания ответственных людей, дающих зрелые, мудрые советы – консилиумы). Право современного пациента на консилиум закреплено в законодательстве многих стран, а в международных декларациях по медицинской этике оно формулируется как *право пациента на «второе мнение»*.

В необходимости нормальных взаимоотношений должны быть кровно заинтересованы все члены врачебного коллектива. Больше того, для успешного выполнения своей напряженной работы врачи должны

поддерживать друг друга морально, ограждать от волнений и душевных тревог. Между тем в практической работе еще нередко встречаются случаи, когда врачи недоброжелательно отзываются о своих коллегах в присутствии больных. Одним из вариантов неправильного отношения к коллегам является распространение о них порочащих слухов, например об их «врачебных ошибках», неправильном лечении. Порой такое злословие оправдывается борьбой различных клинических школ и имеет целью дискредитировать не столько конкретного врача, сколько тот или иной врачебный коллектив.

Пренебрежительное высказывание о своем коллеге, тем более в присутствии больного, является грубым нарушением врачебной этики, и во все времена осуждалось врачами и общественностью. Еще в своих «Наставлениях» Гиппократ говорил: *«Врачи, вместе осматривающие больного, не должны ссориться между собою и высмеивать друг друга. Ибо, я с клятвою заверяю, суждение одного врача не должно возбуждать зависти другого, это означало бы показывать свою слабость...»* (Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления. – Мн., 1998).

Нарушения врачебной деонтологии часто проявляются и в отношении старших товарищей к младшим. В коллективах со здоровым микроклиматом наблюдается бережное отношение к младшему коллеге, и если выявляются ошибки в диагностике и лечении, то замечания делаются в доброжелательной и корректной форме, лучше всего наедине и никогда в присутствии больного. Такие взаимоотношения в коллективе способствуют более эффективной работе, поднимают авторитет врачей и идут на пользу больному.

**Отношения между врачами и медицинским персоналом.** Успешная деятельность в медицинском коллективе в существенной степени зависит также от слаженной работы врачей со средним и младшим медицинским персоналом. Медицинские сестры и санитарки постоянно находятся у постели больного и могут заметить такие проявления болезни, которые не наблюдал врач. Огромное количество больных было спасено только благодаря тому, что медицинские сестры вовремя заметили ухудшение в состоянии больного, что позволило своевременно оказать неотложную помощь. Неоценимую услугу оказывают медицинские сестры и санитарки в уходе и выхаживании больных. Отсутствие надлежащего ухода часто сводило на нет все усилия врачей, в том числе результаты превосходно выполненных оперативных вмешательств.

Вот почему врач должен налаживать и укреплять деловое и уважительное отношение к медсестре как к надежному партнеру. Подтверждением необходимости повсеместного утверждения партнерских отношений в медицинских коллективах является подготовка медсестер с высшим медицинским образованием. Хороший врач никогда не относится к среднему и младшему медицинскому персоналу с позиции собственного

превосходства, не позволяет себе заносчивости и приказного тона, а также излишней фамильярности, которая тоже мешает работе. Врач должен прилагать все усилия для передачи им своего опыта и содействовать повышению их профессиональных знаний и навыков.

***Отношения между преподавателем и студентом учреждения высшего медицинского образования*** также следует отнести к системе межколлегиальных отношений в медицине. Эти отношения возникли при появлении медицинских факультетов университетов. В лучших медицинских школах из поколения в поколение передавались традиции глубочайшего уважения к Учителю. Влияние профессоров в студенческие годы является одним из решающих факторов в окончательном выборе направления врачебной деятельности. Научные, клинические школы, созданные замечательными учеными-медиками, из поколения в поколение передают, как эстафетную палочку, лучшие традиции своих основоположников. Эти коллективы создавали люди, имевшие не только научный, но и высочайший моральный авторитет.

В современном медицинском вузе, где медицинские наука, образование и практика взаимообусловлены и развиваются «рука об руку», отношения в диаде «преподаватель – студент» становятся своеобразной моделью построения взаимоотношений в медицине в целом. От того, какой морально-психологический климат учебного коллектива, где воспитывается будущий врач, какие этические принципы лежат в основе взаимоотношений студента и педагога, ученика и учителя в медицине, во многом зависит нравственное здоровье всего здравоохранения, и наоборот. К примеру, в *Нравственном кодексе коллектива учреждения образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»* среди основных этических норм, регулирующих взаимоотношения преподавателя и студента, выделяются: взаимное уважение и доверие друг к другу; сотрудничество и сотворчество в учебной, научно-исследовательской и клинической деятельности; взаимная ответственность студента и преподавателя за результаты образовательного процесса.

Подводя итог рассмотрению этики взаимоотношений в медицинском коллективе, следует заключить, что нравственные нормы предписывают врачу по отношению к своим коллегам:

- быть доброжелательным, порядочным, честным, справедливым, уважительно относиться к знаниям и опыту коллег, бескорыстно передавать им свой опыт и знания;
- сохранять благодарность и уважение к своим учителям и коллегам;
- постоянно учиться у более опытных коллег и при возникновении профессиональных затруднений, обращаться к ним за помощью, уметь признавать свои ошибки и заблуждения, обмениваться с коллегами профессиональной информацией;

- не препятствовать пациенту в выборе другого лечащего врача;
- не допускать негативных высказываний в адрес своих коллег в их отсутствие и тем более в присутствии пациентов, их родственников или посторонних лиц;
- препятствовать деятельности бесчестных и некомпетентных коллег, наносящих ущерб здоровью пациентов;
- уважительно и доброжелательно относиться к среднему и младшему медицинскому персоналу, передавать им свой опыт, содействовать повышению их профессиональных знаний и навыков.

Таким образом, моральный климат медицинского коллектива во многом определяет успешность профессиональной деятельности врача. Международный кодекс врачебной этики в специальном разделе «Обязанности врачей по отношению друг к другу» говорит об этом кратко, но емко: *«по отношению к своим коллегам врач должен вести себя так, как он хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему»*. Данный принцип сопряжен с «золотым правилом» нравственности – *«во всем, как хотите, чтобы другие поступали с вами, поступайте и вы с ними»*.

### **3.1.5. Врачебные ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников**

Никакие знания и опыт не в состоянии полностью гарантировать безошибочность действий врача, так как уникальность и многочисленные сочетания тех или иных признаков различных болезней столь многообразны, что предусмотреть это трудно при самом добросовестном отношении.

Деонтология врачебной деятельности обязательно предполагает признание врачом своих профессиональных ошибок и заблуждений и непримиримое отношение к ним.

Среди ошибок, совершаемых медицинскими работниками, основное место занимают *врачебные ошибки*. Термин «врачебная ошибка» употребляется лишь в медицинской литературе и практике. Под ***врачебной ошибкой*** обычно понимают действия или бездействие врача, имеющие в своей основе несовершенство современной медицинской науки, объективные условия работы, недостаточную квалификацию или неспособность использовать имеющиеся знания. В медицинской практике врачебная ошибка проявляется как вытекающее из определённых объективных условий добросовестное заблуждение врача.

*Основным признаком*, определяющим ошибку, является невозможность для данного врача предусмотреть и предотвратить ее последствия, поэтому *вне зависимости от исхода за ошибку врач в уголовном порядке не наказуем*. Однако оценка ошибки требует научного подхода. Анализируя характер и причины врачебных ошибок, нужно исходить из конкретных условий, в которых они были допущены. В тех

случаях, когда в основе негативных изменений в состоянии пациента находится виновно совершённое деяние врача, – это уже не ошибка, а преступление. Иногда бывает крайне сложно чётко дифференцировать ошибки от врачебных преступлений. О врачебной ошибке можно говорить только при условии *полного исключения признаков небрежности, преступной самонадеянности, халатности, неоказания медицинской помощи, недозволенного экспериментирования*. При неясных и спорных обстоятельствах в практике здравоохранения приходится прибегать к высококвалифицированной судебно-медицинской экспертизе.

Причины возникновения врачебных ошибок могут быть как *объективными*, так и *субъективными*.

*Объективные причины*: несовершенство медицинской науки и практики; относительность медицинских знаний; вероятность нетипичного течения болезни у конкретного пациента, вызванная особенностями его организма; недостаточная оснащённость медицинских учреждений диагностической техникой, лекарственными средствами и др.

*Субъективные причины*: врачебное незнание, обусловленное недостаточной квалификацией, отсутствием опыта и спецификой мышления врача, т.е. его индивидуальными способностями к накоплению, пониманию, использованию медицинских знаний; неполноценный осмотр и обследование больного; отказ от совета коллеги или консилиума либо, напротив, желание врача прикрыться авторитетом консультантов и др.

Классификация врачебных ошибок может быть проведена по различным основаниям. В зависимости от того, в какой сфере или на каком этапе оказания медицинской помощи они были допущены, можно выделить: *диагностические, лечебно-тактические, технические, организационные, ошибки в поведении медицинского персонала*.

Во избежание повторения подобных ошибок, для предотвращения их в дальнейшей медицинской практике такие случаи систематически детально разбираются на клинко-анатомических конференциях или лечебно-контрольных комиссиях.

Профилактике врачебных ошибок способствует постоянное стремление врача к повышению уровня своей профессиональной компетентности, внимательное и чуткое отношение к больному, моральная рефлексия над сложными ситуациями, возникающими в медицинской практике.

Наряду с понятием «врачебная ошибка» для анализа вреда, который врач может причинить пациенту, и его причин используется понятие «*ятрогения*». Сам термин «ятрогения» (от греч. *iatros* – врач и *gennaō* – создавать, производить – «болезни, порожденные врачом») был предложен в 1925 г. немецким психиатром О. Бумке для обозначения психогенных заболеваний, возникающих вследствие неосторожного высказывания врача. Однако уже в 1970-е гг. после выхода в свет международной

классификации болезней (МКБ) он приобрел более широкий смысл. Согласно современной классификации, под **ятрогенными заболеваниями** понимают все заболевания и патологические процессы, возникающие под влиянием медицинских воздействий, проведенных с профилактическими, диагностическими или лечебными целями. Ятрогенные заболевания могут быть вызваны как ошибочными и необоснованными, так и правильными действиями медицинского работника.

В настоящее время не существует абсолютно безопасных для пациентов методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний. В зависимости от причин, выделяют следующие разновидности ятрогении: *психогенные, медикаментозные, хирургические, травматические, инфекционные и др.*

Современные медицинские технологии все больше входят в противоречие с древней медицинской заповедью «Не навреди». Существенно влияют на частоту развития ятрогений экологические и другие факторы, которые, изменяя реактивность организма, ведут к росту частоты неблагоприятных аномальных реакций на медицинские воздействия.

К факторам, которые могут способствовать появлению ятрогенных заболеваний, следует отнести не всегда оправданное распространение медицинской информации в средствах массовой информации (СМИ), в первую очередь, в сети Интернет. В этих материалах советы и рекомендации даются в общих чертах, очень широко, не индивидуализировано, а подчас даже неправильно. Это может быть причиной *информационных ятрогений*.

В качестве примера возникновения ятрогенной болезни с неблагоприятным исходом может служить исторический пример из практики знаменитого профессора Б.Е. Вотчала. Во время обхода в палате ассистент показал ему больного, находящегося на лечении по поводу инфаркта миокарда и готовящегося к выписке. Осматривая больного, Б.Е. Вотчал сказал, что его не следует выписывать, поскольку не в порядке тоны сердца. Больного оставили в клинике. Ночью у него развился повторный инфаркт, и он скончался. Наутро сосед по палате рассказал профессору, что несчастный пациент очень расстроился после обхода, был обеспокоен и говорил: «Даже когда я сам чувствовал, что умираю, доктору всегда нравились тоны моего сердца. Если же сейчас они ему не нравятся, то мои дела крайне плохи». Б.Е. Вотчал, тяжело переживая случившееся, подчеркивал: «Этот случай я не могу забыть уже двадцать лет, и он мне служит постоянным напоминанием о том, как и с какой осторожностью приходится применять у постели тяжелого больного... каждое слово – этот чрезвычайный раздражитель».

Несмотря на разногласия, которые до сих пор существуют по проблеме ятрогении в медицинском сообществе (определение,



классификация, соотношение с понятием «врачебная ошибка»), профессиональный долг врача заключается в том, чтобы принимать всевозможные меры к сокращению ятрогений путем повышения своего профессионального уровня и безукоризненного соблюдения основных принципов и норм биомедицинской этики.

### **Этико-правовые документы**

#### **МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ**

*Принят 3-ей Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, в октябре 1949 года, дополнен 22-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 года и 35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года.*

##### **Общие обязанности врачей:**

Врач обязан всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.

Принимая профессиональные решения, врач должен исходить из соображений блага для пациента, а не из собственных материальных интересов.

Вне зависимости от профессиональной специализации, врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи.

Врач должен быть честен с пациентом и коллегами. Он не имеет права покрывать коллег, обманывающих своих пациентов.

##### **С нормами медицинской этики не совместимы:**

а) самореклама, если она специально не предусмотрена законами страны и этическим кодексом Национальной Медицинской Ассоциации.

б) выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента, либо получением платы или иного вознаграждения из любого источника за направление пациента в определенное лечебное учреждение, к определенному специалисту или назначение определенного вида лечения без достаточных медицинских оснований.

Врач должен уважать права пациента, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну.

Врач может осуществить вмешательство, способное ухудшить физическое или психическое состояние пациента лишь в интересах последнего.

Врач должен быть крайне осторожен, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.

Врач должен утверждать лишь то, что проверено им лично.

### **Обязанности врача по отношению к больному:**

С целью сохранения здоровья и жизни пациента врач должен использовать весь свой профессиональный потенциал. Если необходимое обследование или лечение выходит за уровень возможностей врача, он должен обратиться к более компетентным коллегам.

Смерть больного не освобождает врача от обязанности хранить врачебную тайну.

Оказание ургентной помощи – человеческий долг врача.

### **Обязанности врача по отношению друг к другу:**

По отношению к своим коллегам врач должен вести себя так, как он хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

Врач не должен переманивать пациентов у своих коллег.

Врач обязан соблюдать принципы Женевской Декларации, одобренной Всемирной Медицинской Ассоциацией.

## **КОДЕКС ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ**

*Принят I съездом врачей Республики Беларусь (1998)*

(Извлечение)

### **Раздел I**

### **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Статья 1. Врач в своей профессиональной деятельности руководствуется Клятвой врача Республики Беларусь, рекомендациями Всемирной медицинской ассоциации по этике, Конституцией и другими актами законодательства Республики Беларусь, регулирующими отношения, связанные с охраной здоровья населения, настоящим Кодексом врачебной этики.

Статья 2. Главной целью профессиональной деятельности врача является сохранение жизни и здоровья человека, предотвращение болезней и облегчение страданий больных вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания.

Статья 3. Основным условием успешной врачебной деятельности является профессиональная компетентность врача и его высокие нравственные качества. Врач обязан повышать свою квалификацию в течение всей профессиональной деятельности, используя все возможности и доступные способы профессионального совершенствования.

Статья 4. Здоровье каждого человека является не только его личной, но и общественной ценностью. Занимаясь вопросами охраны здоровья населения, врач обязан взаимодействовать с органами власти и управления, с администрацией предприятий, организаций, учреждений и общественными организациями по вопросам охраны здоровья населения.

Статья 5. Врач обязан всеми доступными ему способами содействовать делу охраны здоровья населения, бороться с любыми формами проявления жестокости и унижения человеческого достоинства.

## **Раздел II**

### **ПРАВИЛА, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ВРАЧЕБНУЮ ПРАКТИКУ**

Статья 6. Вся практическая деятельность врача должна быть направлена на профилактику заболеваний, максимально эффективное лечение пациентов, продление их жизни и облегчение страданий.

Статья 7. Врач в своей работе исключает использование профессиональных знаний в негуманных целях и медицинское воздействие на пациента с целью его наказания, равно как и в интересах третьих лиц.

Врач не может участвовать в акте лишения жизни, присутствовать при пытках или иных актах жестокого обращения с человеком.

Статья 8. Во время работы врач должен сохранять трезвость и не находиться под воздействием каких-либо средств, вызывающих стойкое пристрастие к ним.

Статья 9. В своей работе врач принимает все меры по предотвращению вреда пациенту (физического, нравственного, материального) и пресекает действия третьих лиц, оказывающих негативное влияние на лечебный процесс.

Статья 10. Врач должен заниматься своим делом, не руководствуясь при этом мотивами получения личной выгоды. Врач не имеет права заключить с пациентом, используя его психическую или физическую несостоятельность, а также свое врачебное положение, противоправные имущественные сделки, заниматься вымогательством и взяточничеством, использовать труд пациента в личных целях, вступать с ним в интимную связь, навязывать свои философские, религиозные и политические взгляды.

Статья 11. Врач несет всю полноту ответственности за свои профессиональные решения и вправе отклонить любые попытки давления со стороны коллег, пациентов и других лиц, если их требования противоречат этическим принципам, профессиональному долгу и закону.

Статья 12. Участие врача в экспертных комиссиях, консилиумах, консультациях и т.п. должно быть объективным и принципиальным. Врач обязан профессионально отстаивать свою точку зрения, а при давлении на него – прибегать к юридической и общественной защите.

Статья 13. Врач вправе претендовать на такие условия работы и жизни, при которых он сможет соответствовать высоким социальным требованиям к нему как к профессионалу.

### **Раздел III**

#### **ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА**

Статья 14. Врач и пациент имеют равные права на уважение их человеческого достоинства и могут защищать его в соответствии с действующим законодательством.

Статья 15. В работе врача недопустимо грубое и негуманное отношение к пациенту, унижение его достоинства, выражение неприязни или предпочтения другим пациентам. Врач обязан отдавать предпочтение интересам пациента, если это не причиняет ущерба самому пациенту или окружающим лицам.

Статья 16. Взаимоотношения врача и пациента должны строиться на основе взаимного доверия и взаимной ответственности. Пациент - активный участник процесса лечения.

Статья 17. Пациент имеет право на свободный выбор врача, на получение от врача полной информации о состоянии своего здоровья, о предлагаемых методах обследования и лечения, об их преимуществах и недостатках, а также о степени риска. При разногласиях с врачом пациент может обратиться к руководителю учреждения, в комиссию по врачебной этике, а также в другие органы управления и общественные объединения, занимающиеся вопросами защиты прав пациентов.

Статья 18. Врач в исключительных случаях вправе отказаться от работы с пациентом, порекомендовав его другому специалисту:

- а) при недостаточной компетентности или отсутствии необходимой технической возможности для оказания необходимого вида помощи;
- б) при противоречии данного вида медицинской помощи нравственным принципам врача;
- в) при невозможности установить с пациентом терапевтическое сотрудничество.

Статья 19. Врач в случаях, когда физическое или психическое состояние пациента исключает возможность доверительных отношений, устанавливает их с родственником пациента, его законным представителем или другим близким пациенту лицом, позиция которых, с точки зрения врача, соответствует интересам пациента.

Статья 20. Врач при возникновении у него профессиональных затруднений обязан немедленно обратиться за помощью к компетентным специалистам. Если обследование и лечение пациента требует знаний или методов, которыми данный врач не владеет, он в установленном порядке направляет пациента в другое учреждение здравоохранения, имеющее необходимые условия.

Статья 21. Все медицинские вмешательства производятся только с согласия пациента, кроме особых случаев, когда тяжесть физического или психического состояния не позволяет пациенту принять осознанное решение, или в других случаях, предусмотренных законодательством.

Статья 22. В случаях возложения на врача обязанностей по принудительному обследованию и лечению пациента он должен строго руководствоваться действующим законодательством.

Статья 23. Изъятие с диагностической и лечебной целями органов и тканей у пациента может производиться с его письменного согласия в установленном законом порядке, а в случаях, предусмотренных актами законодательства Республики Беларусь, - с согласия его близких родственников или законных представителей. Изъятие органов и тканей пациента в иных целях не-допустимо.

Статья 24. Врач обязан сохранять конфиденциальность своего общения с пациентом и не может разглашать врачебную тайну даже после смерти пациента, он также должен препятствовать разглашению такой информации иными лицами.

Врач может сообщать сведения о состоянии здоровья пациента близким родственникам, если это обусловлено необходимостью лечения или ухода за ним и не осуществляется против воли больного, а также органам здравоохранения и правоохранительным органам в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

Статья 25. Врач обязан облегчать страдания умирающего человека всеми доступными и законными способами. Эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента по его просьбе или по просьбе его близких недопустима.

Статья 26. Врач не препятствует пациенту пользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной концессии, разрешенной к функционированию на территории Республики Беларусь.

Статья 27. Секционное исследование разрешается при согласии родственников умершего. Исключение составляют случаи, предусмотренные законодательством Республики Беларусь.

#### **Раздел IV**

### **ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С КОЛЛЕГАМИ**

Статья 28. Во взаимоотношениях с коллегами от врача требуется честность, справедливость, доброжелательность, порядочность, уважительное отношение к знаниям и опыту коллег, готовность бескорыстно передать им свой опыт и знания.

Статья 29. Критика в адрес коллег должна быть аргументированной, неоскорбительной и недискредитационной. Критикуется не личность коллег, а их профессиональные действия.

Статья 30. Недопустимы негативные высказывания в адрес своих коллег в их отсутствие и тем более в присутствии пациентов, их родственников или посторонних лиц.

Статья 31. Для защиты чести и достоинства врач может обращаться в комиссии по врачебной этике и в правоохранительные органы.

Статья 32. Врач не вправе препятствовать пациенту в выборе другого лечащего врача. Свою профессиональную репутацию врач создает только на основе результатов работы и не должен заниматься саморекламой. Вместе с тем он имеет право на распространение информации о своих профессиональных навыках и квалификации.

Статья 33. Врач обязан постоянно сохранять благодарность и уважение к своим учителям и коллегам, научившим его врачебному искусству.

Статья 34. Врач должен делать все от него зависящее по созданию в трудовом коллективе благоприятного морально-психологического климата, активно участвовать в работе врачебной ассоциации, защищать честь и достоинство своих коллег, препятствовать медицинской практике бесчестных и некомпетентных коллег, непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

Статья 35. Врач обязан с должным уважением относиться к среднему и младшему медицинскому персоналу, а также содействовать повышению их профессиональных знаний и навыков.

## **Раздел V**

### **ВРАЧ И ПРОГРЕСС МЕДИЦИНЫ**

Статья 36. В научно-исследовательской деятельности врач обязан руководствоваться приоритетом блага пациента над научными интересами и проводить испытания и эксперименты только в соответствии с установленными законом правилами и при согласии пациента.

Статья 37. Отказ пациента от участия в исследовательской программе не должен отрицательно влиять на отношение к пациенту и на качество оказываемой ему медицинской помощи.

Статья 38. Во врачебной практике применяются медицинские препараты и технологии, разрешенные Министерством здравоохранения Республики Беларусь. В отдельных случаях врач может использовать научно обоснованные, но еще не разрешенные к применению средства на условиях, предусмотренных действующим законодательством.

Статья 39. Врач может печатать свои наблюдения, научные изыскания в периодической медицинской печати и в других изданиях, участвовать в выставках достижений медицины как в республике, так и за рубежом.

**ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ «О ЗДРАВООХРАНЕНИИ»**  
(от 18.06.1993 №2435-ХІІ: в редакции Закона Республики Беларусь от  
20.06.2008 № 363-З. с изм. и доп. )

**Глава 10**  
**ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКИХ И**  
**ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ**

**Статья 50. Права медицинских (фармацевтических) работников**

Медицинские (фармацевтические) работники при осуществлении своих должностных обязанностей имеют право на:

- обеспечение условий труда в соответствии с требованиями законодательства Республики Беларусь о труде;
- защиту профессиональной чести и достоинства;
- присвоение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем профессиональных знаний и практических навыков;
- повышение квалификации и переподготовку за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов, а также за счет средств нанимателей и иных источников, не запрещенных законодательством Республики Беларусь;
- страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред жизни или здоровью пациента, не связанной с небрежным или халатным выполнением ими своих должностных обязанностей, которое осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь;
- создание медицинских (фармацевтических) общественных объединений в соответствии с законодательством Республики Беларусь;
- иные права, предусмотренные законодательством Республики Беларусь.

**Статья 51. Обязанности медицинских (фармацевтических) работников**

Медицинские (фармацевтические) работники обязаны:

- квалифицированно выполнять свои должностные обязанности;
- хранить врачебную тайну;
- уважительно и гуманно относиться к пациентам, соблюдать их права;
- соблюдать принципы медицинской этики и деонтологии;
- повышать уровень профессиональных знаний;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящим Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь.

Медицинские (фармацевтические) работники обязаны также оказывать скорую (неотложную) медицинскую помощь в пределах своих возможностей нуждающимся в ней лицам вне организации здравоохранения.

## **Статья 52. Права и обязанности иных работников здравоохранения**

Иные работники здравоохранения имеют права и выполняют обязанности, предусмотренные настоящим Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь.

## **Статья 53. Медицинские (фармацевтические) общественные объединения**

Медицинские (фармацевтические) общественные объединения в соответствии с их уставными задачами принимают участие в:

разработке норм медицинской этики и деонтологии, а также в рассмотрении вопросов, связанных с нарушением этих норм;

формировании комитетов (комиссий) по вопросам медицинской этики и деонтологии; разработке клинических протоколов, программ повышения квалификации и профессиональной подготовки медицинских (фармацевтических) работников;

присвоении медицинским (фармацевтическим) работникам квалификационных категорий;

подготовке соглашений по тарифам на медицинские услуги;

анализе профессиональных действий своих членов и иных мероприятиях, связанных с осуществлением медицинской (фармацевтической) деятельности.

В порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь, медицинские (фармацевтические) общественные объединения могут принимать участие в проверке профессиональных знаний и практических навыков медицинских (фармацевтических) работников по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области здравоохранения.

Медицинские (фармацевтические) общественные объединения в пределах своих уставных задач имеют право вносить в государственные органы предложения по вопросам в области здравоохранения.



### **3.2 ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, ИМЕЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ВИРУС ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА, А ТАКЖЕ СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, НАРКОМАНИЕЙ И ТОКСИКОМАНИЕЙ**

3.2.1. Моральные основы оказания медицинской помощи людям, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).

3.2.2. Этические нормы лечения ВИЧ-инфицированных детей.

3.2.3. Недопустимость дискриминации и стигматизации людей, инфицированных ВИЧ, больных СПИДом.

3.2.4. Проблема «спидофобии» и требования медицинской этики.

3.2.5. Значимость сохранения врачебной тайны.

3.2.6. Добровольность и анонимность медицинского освидетельствования лиц на наличие у заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, ВИЧ.

3.2.7. Профессиональный риск медицинских работников.

3.2.8. Правовая и социальная защита лиц, инфицированных ВИЧ, больных СПИДом.

3.2.9. Деонтологические проблемы в психиатрии и наркологии.

3.2.10. Этические аспекты общения и лечения пациентов с девиантным поведением.

#### **3.2.1. Моральные основы оказания медицинской помощи людям, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)**

**ВИЧ-инфекция** – это медленно прогрессирующее вирусное заболевание иммунной системы, приводящее к ослаблению иммунной защиты от опухолей и инфекций. Стадия ВИЧ-инфекции, при которой из-за снижения иммунитета у человека появляются вторичные инфекционные или опухолевые заболевания, называется синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД). Впервые болезнь была идентифицирована в США в 1981 г., хотя позднее в СМИ были опубликованы сообщения о случаях заболевания ею, имевших место раньше. В 1983 г. Л. Монтанье и Р. Галло выделили вирус, вызывавший СПИД. Спор между ними о приоритете завершился компромиссом, и главное – в ходе этого спора вирус получил признанное теперь во всем мире название – «вирус иммунодефицита человека» (ВИЧ).

Источником заражения является ВИЧ инфицированный человек на всех стадиях заболевания. Первый ВИЧ-инфицированный, иностранный

гражданин, на территории СССР был выявлен в 1985 г., а первый пациент, явившийся гражданином СССР – в марте 1987 г. Эпидемия ВИЧ инфекции за 30 лет охватила все страны мира. На планете было заражено более 60 млн. человек, из которых около 30 млн. погибли.

Существуют **3 пути передачи ВИЧ-инфекции:**

- контактный (половой);
- парентеральный (через кровь, шприцы, иглы, режущие инструменты и др., загрязненные кровью, содержащую ВИЧ);
- вертикальный (от матери к плоду).

**Факторы риска:** наркомания, асоциальный образ жизни, гемотрансфузии, рождение от ВИЧ-инфицированной матери, заболевания венерическими болезнями.

Большинство ВИЧ-инфицированных – это потребители инъекционных наркотиков (в РБ в основном превалирует половой путь передачи ВИЧ – ок. 70% случаев). В Беларуси в структуре ВИЧ-инфицированных преобладают в основном мужчины – около 70%; лица трудоспособного возраста от 15 до 49 лет.

**К контингентам высокого риска заражения относятся:**

- лица, предоставляющие секс-услуги;
- лица, практикующие незащищенный секс;
- лица, имеющие профессиональный контакт с кровью;
- лица, употребляющие наркотики (даже однократные пробы наркотических средств может привести к заражению ВИЧ - инфекции).

ВИЧ-инфекцией также можно заразиться и при выполнении различных татуировок без соблюдения стерильности проведения манипуляции. Не исключается возможность передачи вируса в быту через инфицированные бритвенные приборы и другие колюще-режущие предметы.

**Основными этическими проблемами, связанными с распространением ВИЧ-инфекции, являются:**

- принцип равного доступа к лечению;
- соблюдение конфиденциальности как в связи с оказанием медицинской помощи, так и в различных социальных ситуациях;
- получение информированного согласия на диагностику инфекции;
- стигматизация и дискриминация людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

Многообразие *морально-этических вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией*, определяется следующими **факторами:**

- СПИД характеризуется чрезвычайно высокой смертностью;
- ВИЧ-инфекция стала пандемией, её распространение не ограничивается ни государственными, ни географическими, ни социально-культурными, ни иными границами;

– этиология СПИДа в большинстве случаев связана с интимной стороной жизни людей, с человеческой сексуальностью, а также с такой формой девиантного поведения, как злоупотребление наркотиками;

– естественные фобии людей перед неизлечимым заболеванием часто становятся причиной неадекватного поведения многих людей в отношении ВИЧ-инфицированных пациентов, что, в свою очередь, порождает своеобразный феномен массового сознания – «спидофобию»;

– высокая стоимость лечения ВИЧ-инфицированных, а также пациентов в стадии СПИДа в совокупности с неизменным ростом их числа, побуждает к спорам на темы социальной справедливости и оптимального распределения ресурсов здравоохранения, которые даже в развитых странах всегда ограничены;

– практически все важнейшие вопросы современной биомедицинской этики (уважение автономии личности пациента, сохранение врачебной тайны, предупреждение дискриминации пациента в связи с характером их заболевания, а также соблюдение его права на достойную смерть и др.) требуют конкретизации и глубокого анализа применительно к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.

**Мораль** (от лат. *moralis* – относящийся к нраву, характеру, складу души, привычкам) – совокупность принципов и норм поведения, ценностей и идеалов, которые регулируют отношения между людьми. К высшим моральным ценностям, которые задают предельно общие ориентиры медицинской профессии можно отнести – *добро, сострадание, милосердие, свободу, долг, совесть, справедливость* и др. В контексте биоэтического знания особое значение приобретает ***жизнь как ценность и цель врачевания.***

Кроме основных этических проблем есть также много *конкретных этических ситуаций*, возникающих в повседневной медицинской и социальной практике при взаимодействии с ВИЧ/СПИД. Например, какие дополнительные этические обязательства перед пациентом появляются у медицинского работника в случае, если он сам ВИЧ-инфицированный. Как должен поступать врач, начиная лечение, если он не сможет контролировать результаты с помощью лабораторных тестов, или думает, что пациент не сможет полностью следовать режиму назначенного лечения. Нужно ли рекомендовать женщине с ВИЧ/СПИД не иметь детей, если возможно их заражение. Должен ли я, как врач, давать советы по поводу лечения пациента, если я в этом недостаточно компетентен, но отсутствуют другие специалисты, способные дать более точный совет. Если я являюсь и лечащим врачом партнера моего ВИЧ-инфицированного пациента, должен ли в этом случае я сообщить ей (ему) о риске заражения. На сегодняшний день, как ответы на эти и другие вопросы, так и разрешение главных этических проблем ВИЧ/СПИДа пока не могут быть достигнуты, но, тем не

менее, они указывают на необходимость активной работы в данном направлении.

### ***Моральные основы оказания медицинской помощи.***

В соответствии с **принципом «делай благо»** и моральным долгом медицинского работника очень важно оказывать профессиональную помощь, проявлять заботу и сострадание к ВИЧ-инфицированным лицам, особенно представляющим различные маргинальные группы, а не осуждающе оценивать и порицать их образ жизни.

Ещё одним императивом биомедицинской этики является недопустимость со стороны врача, медсестры, медицинского психолога или др. медицинского работника навязывания своего мировоззрения, своих религиозных и философских взглядов и убеждений пациенту. **Принцип уважения автономии пациента** – это уважительное отношение к его системе ценностей, особенностям его индивидуальности.

Выделяются следующие **основные аспекты автономии личности пациента**, которые следует учитывать при реализации этого принципа в медицинской практике:

- 1) уважение его личности;
- 2) оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях, а не упрёки или морализующие рассуждения;
- 3) предоставление ему всех необходимых сведений о состоянии здоровья и предполагаемых медицинских мероприятиях;
- 4) возможность выбора из альтернативных вариантов, например, полный отказ от употребления психоактивного вещества или получение его заменителей, назначенных врачом в виде поддерживающей терапии;
- 5) свобода и самостоятельность пациента в принятии решений;
- 6) возможность осуществления пациентом контроля за ходом лечения;
- 7) вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи («терапевтическое сотрудничество»).

Откровенный патернализм медработников, излишняя забота врача о здоровье ВИЧ-инфицированных пациентов, вмешательство в семейную и личную жизнь (*«ведь это я отвечаю за пациента и решаю как лучше ему помочь»*) также нарушает их приватность, что само собой ведёт лишь к ухудшению сотрудничества и снижению эффективности и результатов лечения.

Острой проблемой во многих странах стало **обеспечение равного доступа к лечению СПИД**. Именно через равный доступ и реализуется этический **принцип справедливости**. Так как первично поражёнными группами являются в первую очередь потребители инъекционных наркотиков и гомосексуалисты, а эти группы характеризуются низкой доступностью при применении подходов традиционной медицины (диспансеризация, медосмотры и т.д.), то помощь оказалась сфокусирована на «обычных» ВИЧ-инфицированных. При этом именно эти группы

инфицированных раньше других получили ВИЧ, и поэтому у них раньше проявятся симптомы СПИДа, требующего специализированной и дорогой антиретровирусной терапии. Сложности равного доступа к терапии связаны также с недоверием многих врачей и предубеждениями их о том, что приверженность (соблюдение схемы назначенного лечения) у наркоманов будет крайне низкой, а продолжение сопутствующего приёма психоактивных веществ значительно понизит эффективность терапии. В прошлом такие проблемы действительно возникали и были связаны с маргинализацией наркопотребителей, но с того времени, как в некоторых странах стали применять заместительную поддерживающую терапию и проводить мероприятия по психосоциальной поддержке потребителей инъекционных наркотиков, эффективность лечения у них стала сопоставимой с результатами у «обычных» людей.

Современные исследования показывают, что учёт нужд уязвимых и поражённых групп населения повышает их вовлечение в терапию и достоверно улучшает её результаты.

### 3.2.2. Этические нормы лечения ВИЧ-инфицированных детей

*Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь:*

По состоянию на 1 сентября 2017 г. в Республике Беларусь зарегистрировано 23 702 случая ВИЧ-инфекции (на 01.01. 2017 г. – 22 218), 18 438 случаев живущих с ВИЧ, 194,0 на 100 тыс. населения показатель распространённости. За весь период наблюдения (1987 – 01.09.2017 г.):

Область	Выявлено случаев ВИЧ-инфекции	Количество людей, живущих с ВИЧ	Показатель распространённости (на 100 тысяч населения)
Гомельская область	9995	7072	497,8
г. Минск	4513	3943	199,7
Минская область	3569	2934	206,2
Брестская область	1828	1418	102,3
Могилевская область	1476	1255	117,9
Витебская область	1269	1003	84,4
Гродненская область	1052	813	77,6
<b>Итого по Республике Беларусь</b>	<b>23 702</b>	<b>18 438</b>	<b>194,0</b>

За 8 месяцев 2017 г. выявлено 1484 случая ВИЧ-инфекции (за 2016 г. выявлено 2 391; в 2015 г. – 2 305). Общее количество случаев ВИЧ-инфекции в возрастной группе **15-49 лет** (подростки и взрослые) составляет

22 016 человек (удельный вес в общей структуре ВИЧ-инфицированных – **92,8%**). За 8 месяцев 2017 г. в возрастной группе 15-49 лет зарегистрировано 1317 случаев (88,7%). За аналогичный период 2016 г. – 1318 случаев (87,3%).

По кумулятивным данным (1987 – 01.09.2017 г.) 36,6% (8 670 чел.) инфицированных вирусом иммунодефицита человека заразились парентеральным путём (при внутривенном введении наркотических веществ), удельный вес лиц, инфицирование которых произошло половым путём, составляет 61,2% (14 509 случаев). Такая тенденция прослеживается во всех регионах республики, за исключением г. Минска, где по-прежнему доминирующим путём передачи остается парентеральный путь. На другие пути передачи (вертикальный, неустановленный) приходится 2,2% (523 человека).

За 8 месяцев 2017 г. доля парентерального пути передачи ВИЧ составила 23,0% (340 человек), доля полового пути передачи ВИЧ – 75,7% (1124 человека). За 8 месяцев 2016 г. – 26,2% (396 человек) и 71,8% (1084 человека) соответственно. На другие пути передачи (вертикальный, неустановленный) приходится 1,3% (20 человек).

В целом по республике Беларусь удельный вес женщин из общего числа ВИЧ-инфицированных составляет 40,0% (9494 человека), мужчин – 60,0% (14 208 человек). За 8 месяцев 2017 г. удельный вес женщин – 37,3% (554 человека), мужчин – 62,7% (930 человек) (за аналогичный период 2016г. женщин – 38,2% (577 человек), мужчин – 61,8% (932 человека)).

Наиболее высокие уровни заболеваемости регистрируются в возрастной группе 15-29 лет и отмечаются чаще среди женщин, чем среди мужчин. Наибольшее число случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано в Гомельской области (за весь период наблюдения (1987–01.09.2017 г.) зарегистрировано 9 995 случаев ВИЧ-инфекции). Основной причиной заражения ВИЧ в РБ было инъекционное потребление наркотиков (в 1996 г. в Светлогорске было выявлено более 800 случаев ВИЧ-инфекции, что в 7 раз превысило суммарные данные всех выявленных в республике случаев ВИЧ/СПИД за предыдущие 9 лет).

Суммарное число случаев СПИДа на 01.09.2017 г. – 5 954, в т.ч. за 8 месяцев 2017 г. данный диагноз был установлен 308 пациентам (за 8 месяцев 2016г. – 307). За весь период наблюдения (1987-01.09.2017 г.) среди ВИЧ-инфицированных пациентов умерло всего 5 244 человека, из них в стадии СПИДа 2 995 человек. За 8 месяцев 2017 г. умерло – 306 человек, из них в стадии СПИДа – 165 человек.

Ещё одной проблемой является появление *детей с ВИЧ-инфекцией*. (Согласно международной классификации ВОЗ выделяют: до 15 лет – детский возраст; 16-30 лет – юношеский возраст). С 1987 по 01.09.2017 г. от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 3612 детей. Диагноз «ВИЧ-инфекция» подтверждён 294 детям, рождённым от ВИЧ-инфицированных

матерей. Всего в республике среди детей в возрастной группе от 0 до 14 лет зарегистрировано 317 случаев ВИЧ-инфекции. За 8 месяцев 2017 г. зарегистрировано 4 случая ВИЧ-инфекции среди детей в возрасте 0-14 лет. За аналогичный период 2016 г. среди данного контингента было зарегистрировано 18 случаев [*Источник – Отдел профилактики ВИЧ/СПИД ГУ «Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»*].

По данным отчёта ООН и ВОЗ, опубликованного в конце 2009 г. общее количество ВИЧ-инфицированных людей в мире составило 33,4 млн., из них дети до 15 лет – 2,1 млн. чел.

Увеличение количества ВИЧ-инфицированных женщин детородного возраста неизбежно приводит к ежегодному увеличению числа рожденных ими детей. Передача ВИЧ от матери ребенку возможна во время беременности, в родах и при грудном вскармливании. Примерно 99% детей с ВИЧ в возрасте от 0 до 15 лет инфицированы от матерей. Только около 1% детей заразились через инъекционные наркотики и половым путем.

По статистике ВИЧ-инфекция наиболее быстро распространяется именно среди молодых людей, не достигших 25 лет. Каждый четвертый ВИЧ инфицированный человек моложе 21 года. Риск рождения инфицированного ребёнка от ВИЧ-позитивной женщины составляет 25-40%.

Подростковый возраст нужно рассматривать как фактор риска ВИЧ-инфицирования. Рискованные формы поведения, употребление инъекционных наркотиков, а также незащищенные сексуальные контакты среди подростков приводят к распространению не только ВИЧ, но и множества других инфекций, передающихся половым путём (ИППП). Требуется активная профилактическая работа с детьми и подростками по предупреждению заболевания. ВИЧ-положительные дети должны получать необходимую медицинскую, социальную и психологическую помощь.

1. Добровольное консультирование и экспресс-тестирование на ВИЧ.
2. Обеспечение доступности лечения и ухода за детьми, живущими с ВИЧ/СПИДом.
3. Наркологическая реабилитация наркозависимых.
4. Социально психологическая реабилитация, обучение, адаптация и жизнеустройство.
5. Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов и ИППП в уличной среде.
6. Обеспечить защиту от дискриминации и соблюдение прав детей, живущих с ВИЧ/СПИДом и уязвимых групп.

ВИЧ-инфекция не является препятствием для нахождения в детском учреждении совместно с неинфицированными детьми. Бытовые контакты с ВИЧ-инфицированным ребёнком безопасны.

Каждый ребёнок, независимо от его ВИЧ-статуса, от др. заболеваний и физических «дефектов», прежде всего ребёнок, и он нуждается в любви и

заботе. Ребёнок с ВИЧ-инфекцией при надлежащем специальном лечении может жить и развиваться практически так же, как и его сверстники, посещать детский сад или школу. ВИЧ-позитивные дети часто становятся изгоями общества, ограничиваются в общении со сверстниками. Они начинают испытывать чувство ненужности, неполноценности и одиночества.

Сохранение медицинской тайны в случае ВИЧ-инфекции у ребёнка имеет ещё большее социальное значение, чем в любом другом случае, т.к. окружающие и сверстники видят в этом ребёнке заразного больного. Это вынуждает родителей тщательно скрывать наличие ВИЧ-инфекции у ребёнка, что лишает их медицинской и социальной поддержки. Хотя дети с ВИЧ-инфекцией не представляют опасности для окружающих, в ряде случаев приходится ограничивать контакты таких пациентов со сверстниками. Это необходимо, если ребенок болен гемофилией, страдает носовыми кровотечениями, мокнущей экземой и т.п.

Задачей врача является проявление внимательного, чуткого, гуманного отношения в процессе лечения детей с данной патологией. Врач должен тонко понимать психологию ребёнка и его родителей. Также необходимы влияние и помощь больничных и региональных этических комитетов.

### **3.2.3. Недопустимость дискриминации и стигматизации людей, инфицированных ВИЧ, больных СПИДом**

**Дискриминация** – (от лат. *discriminatio* «различение», «ущемление») – 1) ограничение или лишение прав определённой категории граждан по к.-л. признакам; 2) негативное отношение, ущемление и ограничение в правах, а также насилие и всяческое проявление неприязни по отношению к тем, кто обладает опасными «порочными» качествами («стигмами»).

**Стигма** – 1) в древние времена клеймо, наносившееся на тело раба или преступника; 2) последствия определённого ярлыка (диагноза), проявляющиеся в предубеждённом отношении общества к его носителю.

**Стигматизация** (от греч. *στίγμα* – «ярлык, клеймо») – клеймение, нанесение «стигмы», навешивание социальных ярлыков – увязывание какого-либо качества (как правило, отрицательного) с отдельным человеком или множеством людей, является составной частью многих стереотипов. Стигматизация может вести к дискриминации, т.е. к реальным действиям, ограничивающим права какой-то группы.

ВИЧ-инфекция с момента её появления породила в обществе немало проблем этического и правового характера. Это связано, прежде всего, с низкой информированностью населения об инфекции, а также негативным влиянием СМИ.

В случае с ВИЧ/СПИД с самого начала эпидемии интересы общества были поставлены на первое место, что приводило к предложениям об



изоляции ВИЧ-инфицированных, их принудительном лечении, другим проявлениям дискриминации (увольнения, запрет на пребывание в садах и школах детей с ВИЧ/СПИД, чрезмерные медицинские ограничительные меры). При чём в зависимости от путей инфицирования (инъекционный, гомосексуальный и половой) отношение мед.работников и общества к ВИЧ-инфицированным стигматизируется больше, чем в случае заражения при медицинских манипуляциях или при рождении. Также многими странами не обеспечивается лечение СПИД; оно осуществляется там за счёт международной помощи, финансируются, как правило, посредством различных санитарно-эпидемиологических мероприятий, направленных на защиту всего общества от инфекции и её вероятных носителей.

Феномен «спидофобии» поставил вопрос о социальной защите ВИЧ-инфицированных, а также недопустимости дискриминации таких пациентов, что не редко встречается и среди практикующих врачей. Имеется множество примеров, когда неэтичное поведение медицинских работников инициировало дискриминацию, а то и прямое насилие по отношению к вирусоносителям или больным СПИДом.

В первых документах, принятых ВОЗ, ВМА и другими международными организациями в связи с нарастанием пандемии СПИДа, одно из центральных мест заняло специально выделяемое требование не допускать дискриминации ВИЧ-инфицированных, а также лиц, представляющих так называемые группы риска. Важно, однако, не только моральное осуждение дискриминации больных СПИДом, но и создание соответствующих гарантий.

Можно в связи с этим напомнить моральное обязательство врача, содержащееся в *«Женевской декларации»* Всемирной медицинской ассоциации (ВМА): *«Я не позволю соображениям пола или возраста, болезни или недееспособности, вероисповедания, этнической, национальной или расовой принадлежности, политической идеологии, сексуальной ориентации или социального положения встать между исполнением моего долга и моим пациентом».*

Дискриминация инфицированных и больных СПИДом, невежество и предрассудки, присущие не только населению, но и части специалистов-медиков, – все это, в конечном счёте, негативно отражается на эпидемиологической обстановке и на темпах распространения инфекции. То есть дискриминация ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом не только попирает права человека, но и подрывает основополагающие принципы общественного здравоохранения. Она может провоцировать у инфицированного или больного чувство мести, способное превратить его в злостного преднамеренного распространителя инфекции. У человека, осознавшего свою обреченность, такое чувство мести может быть особенно

ожесточённым. Следует признать, что, защищая права и достоинство ВИЧ-положительного человека, общество тем самым защищает и себя.

Стигматизация – это клеймо. Поэтому нужно сделать всё возможное, чтобы люди с таким диагнозом чувствовали себя в обществе максимально комфортно.

***Как проводить дестигматизацию:***

1. Вести разъяснительную работу (беседы с различными контингентами населения, через СМИ и т.д.).
2. Медицинские специалисты должны знать и помнить, что их профессиональный долг – дестигматизация пациентов с любыми заболеваниями.
3. Не допускать неверного распространения информации о такой патологии.
4. Акцент нужно делать на личность пациента, а не на саму болезнь.
5. Общество должно знать, что пациент имеет чувства, потребности, комплекс этических и моральных норм.
6. Не допускать при разговоре с пациентами жаргонных выражений и слов.
7. Специалисты не должны разглашать сведения, которые нарушают конфиденциальность информации о конкретном пациенте.

**3.2.4. Проблема «спидофобии» и требования медицинской этики**

**«Спидофобия»** – социально-психологический феномен (аналогичный «канцерофобии», «сифилофобии», «радиофобии» и т.п.), наиболее тяжёлая форма стигматизации, панический страх людей перед болезнью и носителями ВИЧ.

Неизбежной реакцией большинства людей на аббревиатуру «СПИД» является страх. Страх перед заражением, перед умиранием, смертью, бессилием медицины и общества в целом, неспособного, по распространённому мнению, противопоставить СПИДу что-либо действенное. Одним из парадоксальных проявлений спидофобии является бессознательное стремление людей «забыть» об угрозе, отвернуться от неё. Это проявляется как в безответственном, постоянно грозящем инфицированием поведении, так и, что не менее важно, в недооценке проблемы со стороны государственных органов.

Отказ врачей и других представителей медицинской профессии оказывать помощь ВИЧ-инфицированным людям – это едва ли ни самая напряжённая, с т.зр. медицинской этики, проблема. Проведённое ещё в начале 1990-х годов в США исследование показало, что, отказывая в помощи людям, больным СПИДом, врачи ссылались на недостаточную специальную подготовку, страх перед инфицированием, отвращение к гомосексуалистам, наркоманам или другим представителям *«групп повышенного риска»*, а также на опасения отвергнуть других пациентов.

Подобный отказ не отвечает не только нормам медицинской этики и этики вообще, но и требованиям Закона. Отказ в помощи ВИЧ-инфицированным и людям, живущим с ВИЧ/СПИД является ***грубейшим нарушением профессиональной медицинской этики!***

В сознании самих ВИЧ-инфицированных на первом плане нередко оказывается страх перед дискриминацией и стигматизацией, социальным ostracism. Поначалу в западных странах СПИД распространялся в основном среди так называемых «маргинальных социальных групп» – гомосексуалистов, наркоманов, проституток (первоначально называли «болезнью гомосексуалистов и наркоманов»; «болезнью 4-х Г» – (англ. 4-H disease), т.к. она была обнаружена у жителей или гостей Гаити, гомосексуалов, гемофиликов и лиц, употреблявших героин (англ. Haiti, homosexual, hemophilia, heroine)). Строгие моралисты не раз заявляли, что СПИД есть «кара Божья» за «грех гомосексуализма», «спортивный секс», «секс-туризм» и т.п. Негативное отношение общества к представителям названных маргинальных групп по инерции было перенесено на всех ВИЧ-инфицированных лиц, причём их стигматизация многократно усиливалась нарастающим страхом перед СПИДом.

Уместно, видимо, в связи с обсуждаемой проблемой сравнить СПИД с раком. Диагноз рака воспринимается массовым сознанием и отдельным человеком как смертный приговор. Диагноз психического заболевания нередко стигматизирует человека. Больные СПИДом, как правило, испытывают и то и другое: сознание неизлечимости, обречённости на смерть усугубляется эмоциональной изоляцией, враждебным отношением к ним со стороны общества.

Ещё относительно недавно СМИ были полны сообщений о фактах насилия над больными СПИДом, изгнания их из родных мест, создания вокруг них «эмоционального гетто» и т.п. Имея дело с ВИЧ-инфицированными или больными СПИДом, врачам приходится сталкиваться не только с клинической реальностью, но также и со связанными с этим заболеванием мифами и предрассудками, распространение которых во многом порождается невежеством значительной части населения – он должен иметь достаточно мужества, чтобы противостоять этим проявлениям. Отсюда вытекает особая значимость *сохранения врачебной тайны* в случаях ВИЧ-инфекции.

### **3.2.5. Значимость сохранения врачебной тайны**

«Врачебная тайна» в форме правила конфиденциальности зафиксирована во многих этических кодексах, начиная с «Клятвы Гиппократова», а также Законах РФ, которые защищают право на конфиденциальность и даже вводят наказание за её нарушение. Ещё в Древней Индии существовала пословица: «Можно страшиться брата, матери, друга, но врача – никогда».

Наряду с отказом в помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом грубейшим нарушением профессиональной медицинской этики является разглашение соответствующего диагноза. Разглашение врачебной тайны медиками зачастую было проявлением все той же «спидофобии» в обществе, т.е. работники здравоохранения, не только нарушали законные права своих пациентов, но и сами становились проводниками настроений страха пред СПИДом. Речь идет об обязательствах не только врача, но и любых других медицинских работников, а также должностных лиц, которым эта информация была передана или получена при исполнении своих обязанностей.

Отношения врача и пациента не являются отношениями равных. Врач несёт большую ответственность, и одновременно он является более сильной стороной. Особенность отношений требует от пациента, если он хочет эффективного лечения, раскрывать множество информации о себе, ставя себя в ранимое положение. Для защиты пациента создан *институт врачебной тайны*. Особенность врачебной тайны состоит в том, что врачам о пациенте становится известна не только медицинская информация, но и многое из того, что к болезни отношения не имеет. Следовательно, врачи становятся носителями разнообразной чувствительной информации. Очень важно, что клятва Гиппократова, равным образом, как и все последующие этические кодексы, настаивают на том, что врач должен сохранить в конфиденциальности всю значимую для пациента информацию, а не только ту, которая поступила от пациента и касается его заболевания.

Особо остро стоит вопрос об участии пациента в принятии врачебного решения. В данном случае речь идёт о предварительном информированном согласии пациента на медицинское вмешательство. Что в настоящее время имеет не только моральную силу, но и является юридической нормой. И пациент, и врач имеют права, которые должен знать каждый.

Если *правило правдивости* обеспечивает открытость при взаимодействии врача и пациента, то *правило конфиденциальности* призвано предохранить систему врач-пациент от несанкционированного проникновения извне.

*Предметом конфиденциальности* является: сам факт обращения за медицинской помощью, диагноз заболевания, состояние здоровья, прогноз и все те сведения, которые мед. работник получает в ходе медицинского интервью, при выслушивании жалоб. Конфиденциальной должна быть и немедицинская информация о пациенте, его близких, ставшая известной врачу. Начиная осмотр и расспрос пациента врач должен выяснить за кем пациент признает право иметь доступ к сведениям, касающихся его здоровья. Все эти обстоятельства следует принимать в расчёт, руководствуясь на практике правилом конфиденциальности.

Закон сохранения врачебной тайны нередко нарушается. «Карты стационарного пациента» не всегда хранятся надлежащим образом и могут быть доступны, а эпикризы зачастую печатаются техническими сотрудниками, которые получают доступ к медицинским заключениям. Люди обычно стремятся сохранить в тайне пороки развития у ребёнка, наследственные заболевания, умственную отсталость, психические заболевания у членов семьи. Сохранение медицинской тайны обязательно, если подросток (особенно девушка) доверился врачу о начале половой жизни, не поставив об этом в известность родителей.

Необходимо отметить, что, с одной стороны, медицинский работник обязан хранить тайну, с другой – он может и должен нарушить её, если общественные интересы преобладают над личными. Разглашение врачебной тайны сопряжено с вмешательством посторонних людей в жизнь семьи и личную жизнь её членов, а это прямое нарушение «Декларации прав человека». Законодательством строго определён узкий круг ситуаций, когда сведения врачебной тайны *могут быть разглашены без разрешений пациента*:

1. Речь идёт о недееспособных, т.е. тех лицах, которые не способны выразить свою волю из-за нарушения сознания, несовершеннолетние.

2. При наличии угрозы распространения инфекционных заболеваний и массовых отравлений.

3. При наличии у врача оснований предполагать, что ущерб здоровью пациента явился следствием противоправных действий.

Моральная норма конфиденциальности – залог приобретения доверия, что очень важно во врачебной деятельности.

*Как разрешать ситуации необходимого разглашения врачебной тайны?* Ситуация должна быть подробно обсуждена с самим пациентом, полезно обсудить подобную проблему с коллегами. Возможно, что несогласие пациента на передачу информации обусловлено тем, что он либо недооценивает опасность в сложившихся обстоятельствах, либо преувеличивает те трудности, которые могут возникнуть у него вследствие разглашения. В тех случаях, когда убедить пациента не удастся, врач должен принять решение сам и весь груз ответственности нести за принятое решение.

Особые сложности возникают тогда, когда люди с ВИЧ-инфекцией не хотят сообщать об этом факте своим половым партнёрам, опасаясь разрыва отношений. При этом предупреждение партнёра врачом, произведённое с благой целью предотвратить опасность заражения, нарушит правило конфиденциальности. В этом случае наилучшим решением должно стать убеждение человека в необходимости самому поставить в известность партнёра.

Существенные проблемы возникают в связи с прогрессирующим разделением труда медицинских работников и активного внедрения

компьютеризации при хранении данных. Поэтому хранение врачебной тайны становится моральным обязательством не только отдельного врача, но и медицинского коллектива.

Специфика обсуждения конфиденциальности в нашей стране заключается в том, что раньше в СССР, да ещё и сейчас традиционно существует приоритет государственного интереса над частным. По мнению Семашко Н.А., врачебная тайна являлась буржуазным пережитком и поэтому должна отмереть. Впрочем, начиная с 1960-х годов, данное отношение к врачебной тайне изменяется. Минздравом издаются соответствующие документы. Обязательство хранить врачебную тайну входит в «Присягу врача Советского Союза». Однако вследствие полной зависимости медицинской профессии от партийно-государственного контроля норма конфиденциальности была только на бумаге. (Пример: обязанность врача сообщать по месту работы пациента о наличии у него венерического заболевания). Также проблемной остается традиция не информировать пациента (в случае онкологического заболевания), а членам семьи предоставлять достоверную информацию. Обсуждение медицинской информации с членами семьи «за спиной» пациента следует считать нарушением правила конфиденциальности.

### **3.2.6. Добровольность и анонимность медицинского освидетельствования лиц на наличие у заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, ВИЧ**

Согласно Закону РБ «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека» от 7.01.2012 №345-З:

**Медицинское освидетельствование** – это изучение и оценка состояния здоровья пациента, проводимые врачом-специалистом в процессе оказания медицинской помощи в целях установления наличия либо отсутствия у пациента социально опасного заболевания, ВИЧ, определения его нуждаемости в медицинской помощи.

**Добровольное медицинское освидетельствование** – медицинское освидетельствование, проводимое по желанию пациента, а в случаях, предусмотренных законодательными актами, – с согласия его законного представителя в порядке, установленном законодательством о здравоохранении. Добровольное медицинское освидетельствование может быть проведено анонимно.

**Обязательное медицинское освидетельствование** – медицинское освидетельствование, являющееся обязательным для отдельных категорий лиц, а также лиц, перечень которых определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

**Принудительное медицинское освидетельствование** – медицинское освидетельствование лица, в отношении которого имеются

достаточные основания полагать о наличии у него социально опасного заболевания, ВИЧ или в случае его уклонения от лечения, проводимое без его согласия или без согласия его законного представителя (проводится государственными организациями здравоохранения на основании вынесенного врачебно-консультационной комиссией государственной организации здравоохранения заключения о необходимости принудительного медицинского освидетельствования и с санкции прокурора).

*Государственная политика в области предупреждения распространения социально опасных заболеваний, ВИЧ направлена на:*

- создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения;
- снижение уровня заболеваемости населения социально опасными заболеваниями, ВИЧ;
- предупреждение передачи ВИЧ от матери ребёнку во время беременности, родов и в послеродовой период;
- увеличение продолжительности жизни и снижение смертности лиц, имеющих социально опасные заболевания, ВИЧ;
- выявление социально опасных заболеваний, ВИЧ на ранних стадиях;
- формирование у населения знаний по проблеме социально опасных заболеваний, ВИЧ и навыков безопасной жизнедеятельности;
- обеспечение прав лиц, имеющих социально опасные заболевания, ВИЧ;
- обеспечение прав лиц, в отношении которых имеются достаточные основания полагать о наличии у них социально опасных заболеваний, ВИЧ;
- обеспечение прав лиц, оказывающих медицинскую помощь пациентам или участвующих в организации её оказания;
- обеспечение приоритетности профилактических мероприятий.

Серологический тест на наличие у человека антител к ВИЧ стал широко доступен с 1985 г. Как правило, скрининг предполагает плановое тестирование в рамках всей популяции или отдельных групп внутри популяций. Инкубационный период для ВИЧ – инфекции составляет 1-3 месяца (в среднем 6 недель; иногда скрытый период циркуляции вируса» может достигать трёх лет). Возможность пройти тест на наличие антител к ВИЧ должна предоставляться каждому. Тесты для обнаружения антител достаточно чувствительны. Иногда, при наличии ряда факторов, результаты тестирования могут быть ложно-положительными. Это значит, что тест реагирует на антитела, похожие на антитела к ВИЧ. Поэтому первый положительный результат всегда должен быть подтверждён другими тестами.

В современном обществе тестирование может быть добровольным и обязательным. При *добровольном анонимном тестировании* пациент регистрируется под номером; при этом допустимо указание

демографической информации (возраст, пол), но в документы не заносятся ни фамилия, ни адрес обследуемого. В Республике Беларусь обеспечен доступ всем обратившимся к бесплатному, в том числе анонимному, тестированию на ВИЧ.

Достаточно долгое время практиковалось *обязательное* (не учитывающее желания) *тестирование (скрининг)* на ВИЧ, и до настоящего времени оно сохраняется для заключённых, военнослужащих, некоторых групп медицинских пациентов, при устройстве на некоторые виды работ, что вызывает бурные споры. Таким образом, *нарушается принцип получения информированного согласия на проведение данной процедуры, а также «право не знать» свой диагноз.* Во многих странах принят обязательный скрининг на ВИЧ крови, спермы, других донорских тканей и органов.

Во многих ситуациях принцип автономии соблюдается формально: так *практика предтестового и послетестового консультирования (информирования)*, как правило, не проводится, а после получения положительных результатов пациенту необходимые сведения сообщаются постфактум и напрямую: «у вас ВИЧ». При этом игнорируется то, что сообщение диагноза вызовет у любого человека психологический шок и негативные эмоциональные переживания, и человеку необходима поддержка, а не слова: «а чего же вы хотели, употребляя наркотик (занимаясь сексом с мужчинами, за деньги или небезопасно)». Грубейшим нарушением профессиональной этики будет не предваряемое компетентным консультированием сообщение пациенту о положительном результате тестирования, ещё не подтвержденном в повторном анализе. Частым оправданием неполучения информированного согласия является то, что пациенты («а ведь это наркозависимые, гомосексуалисты, проститутки») своим поведением угрожают здоровью других и поэтому к ним можно применять любые меры принуждения. Необходимость признания того, что в некоторых ситуациях вред не может быть устранен полностью, и его нужно хотя бы снизить. На последнем положении и основаны, так называемые подходы «снижения вреда», которые не пытаются уничтожить наркопотребление, гомосексуальность или рискованное сексуальное поведение, а ставят своей целью уменьшение последствий этого поведения и обучение людей как жить с ним менее опасно для себя.

В Республике Беларусь обследование на ВИЧ-инфекцию осуществляется с соблюдением принципов конфиденциальности и уважения прав и свобод человека. Государственная система здравоохранения РБ обеспечивает максимальную доступность дотестового и послетестового консультирования и тестированию на ВИЧ-инфекцию. Пройти тестирование, в т.ч. и анонимное, можно в процедурном кабинете любого ЛПО или отдела профилактики ВИЧ / СПИД ГУ «Республиканский



центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». Ежегодно в течение декабря в рамках Всемирного дня борьбы со СПИДом проводится экспресс-тестирование на ВИЧ. Для наиболее уязвимых к ВИЧ-инфекции групп населения в стране созданы дополнительные условия для тестирования и консультирования на базе анонимно-консультационных пунктов любой организации здравоохранения РБ.

### **3.2.7. Профессиональный риск медицинских работников**

С первых же лет распространения ВИЧ-инфекции проводятся исследования, имеющие целью определение степени такого профессионального риска. Специальный анализ, показал, что риск инфицирования хирурга при операции у заражённого пациента составляет 1 : 4500. В целом риск заражения для хирурга, использующего защитные средства, такой же, как при гетеросексуальном половом контакте с заражённым партнёром при использовании презерватива. Другие расчёты показывали, что вероятность профессионального заражения медицинского работника в случае укола иглой составляет 1 шанс из 250.

В последние годы степень риска заражения при случайном уколе иглой или при порезе скальпелем, контаминированным ВИЧ, оценивается одними авторами в 1%, другими – в 0,3%. Для сравнения необходимо подчеркнуть, что риск заражения вирусом гепатита «В» при случайном уколе иглой составляет от 6% до 30%. Риск заражения ВИЧ в результате контактирования слизистой оболочки или поражённого участка кожи с инфицированной кровью весьма низок, но количественно его определить гораздо труднее. Учитывая, что в мире пока известно несколько десятков случаев (строго доказанных) профессионального заражения ВИЧ медиков, можно сказать: риск минимален, но он реален.

Проблема профессионального заражения ВИЧ медицинских работников включает в себя не только оценку возникающей реальной опасности для их здоровья и жизни, но и меры по сведению опасности к минимуму и, наконец, собственно моральные аспекты – отношение к риску самих медиков, их пациентов и общества в целом.

Меры по снижению риска профессионального заражения, в свою очередь, имеют медико-технический и социально-организационный аспекты. Известно, что меры предосторожности, рекомендуемые в целях предотвращения заражения вирусом гепатита «В», достаточны и для защиты от заражения ВИЧ (последний значительно менее устойчив, чем вирус гепатита «В»). Несмотря на это, ВОЗ еще в 1983 г. опубликовала дополнительные рекомендации по соблюдению мер безопасности при обращении с материалами, содержащими кровь (например, использование, по возможности, одноразовых инструментов и т.д.). В 1988 г. ВОЗ публикует «Меры предосторожности при работе с кровью и другими жидкими средами организма». Здесь, в частности, говорится, что

обращение с кровью и другими жидкими компонентами должно всегда быть таким, как если бы они были инфицированы.

В социально-организационном плане во всех медицинских учреждениях должна применяться система мониторинга, регистрации случаев возможного и действительного заражения ВИЧ медперсонала.

Если инфицированный врач или медсестра остаётся на клинической работе, предполагающей необходимость производить инвазивные вмешательства, то возникает проблема: нужно ли сообщать о факте их инфицированности пациентам, которым они проводят такие вмешательства? В современной литературе описаны различные варианты ответа на этот вопрос. Так, американский врач-окулист информировал пациентов о своей инфицированности, предоставляя им свободу выбора – лечиться у него или обратиться за помощью к другому врачу. Другой пример двух ВИЧ-инфицированных хирургов, – один из них какое-то время продолжал работать хирургом, пытаясь применять повышенные меры защиты своих пациентов (он, в частности, надевал перед операцией несколько перчаток), но затем всё-таки оставил медицинскую деятельность, другой же сразу сменил работу.

Ещё одна коллизия возникает тогда, когда, к примеру, продолжающий клиническую практику ВИЧ-инфицированный медработник допускает неосторожность, например, проникновение своей крови в кровь или на слизистую оболочку пациента. В таком случае его и профессиональным, и моральным долгом будет обязательное информирование пациента и, разумеется, оказание ему необходимой помощи.

### **3.2.8. Правовая и социальная защита лиц, инфицированных ВИЧ, больных СПИДом**

Права граждан на охрану здоровья (или в сфере медицинской деятельности), независимо от их ВИЧ-статуса, рассматриваются как совокупность положений, содержащихся в международных и национальных нормативно-правовых актах, гарантирующих гражданам охрану здоровья и предоставление медицинской помощи при возникновении заболевания. Наиболее значимый в этом плане международный документ – *Всеобщая декларация прав человека* (1948 г.) – провозгласила равенство всех перед законом, защиту от какой-либо дискриминации, произвольного вмешательства в личную жизнь, а также право на социальное обеспечение и обслуживание, медицинский уход в случае болезни или инвалидности всех без исключения.

*Конституция Республики Беларусь*, подчеркнув, что человек, его жизнь и здоровье признаются наивысшими социальными ценностями, гарантировала в ст.45, 46, 47 все перечисленные права. Людям, живущим с ВИЧ/СПИД, гарантированы права, предусмотренные Конституцией

(право: на охрану здоровья и жизни; на бесплатное лечение в государственных организациях здравоохранения; на экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие и др.).

Социальные отношения, связанные с проблемой ВИЧ/СПИД, регулируются отдельными статьями Законов Республики Беларусь *«О здравоохранении»*, *«О санитарно-эпидемическом благополучии населения»*, *«О государственных пособиях семьям, воспитывающих детей»*, *«О донорстве крови и её компонентов»*; нормативными документами Совета Министров, различных Министерств (здравоохранения, труда и социальной защиты, образования) и ведомств.

Законом РБ *«О здравоохранении»* конституционные права на охрану здоровья уточняются и подробно регламентируются: право ВИЧ-инфицированных граждан на охрану здоровья; предоставление доступной медицинской помощи. В стране обеспечен всеобщий доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией.

Лица, в отношении которых получены данные о заражении ВИЧ, предупреждаются органами и организациями здравоохранения в письменной форме о наличии у них таких заболеваний, о необходимости соблюдения мер предосторожности по нераспространению этих заболеваний и об уголовной ответственности в соответствии с действующим законодательством за заведомое поставление в опасность заражения или заражение другого лица.

ВИЧ-инфицированные люди, в том числе женщины и дети, пользуются всеми правами и свободами, как и другие граждане Республики Беларусь. Не допускается увольнение их с работы, отказ в приёме на работу, в приёме детей в детские учреждения, а также ущемление иных прав и ограничение законных интересов. Они имеют право на социальное обслуживание и обеспечение. Согласно Закона Республики Беларусь *«О государственных пособиях семьям, воспитывающих детей»* предусмотрена материальная поддержка ВИЧ-инфицированным детям в возрасте до 18 лет.

Организация оказания медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ, осуществляется с соблюдением принципа конфиденциальности и уважения прав и свобод человека.

Людям, живущим с ВИЧ, также предоставляются услуги по профилактике в области репродуктивного здоровья, планирования семьи, контрацепции. Обеспечен доступ ВИЧ-инфицированных беременных женщин к медикаментозной профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку, что позволяет снизить риск передачи ВИЧ.

На реализацию прав людей иметь доступ к информации, качественной профилактике, лечению и уходу направлены также и средства доноров.

Социальная защита ВИЧ-инфицированных предполагает запреты на ограничение их в правах. Это относится в первую очередь к получению медицинской помощи. Заражённые имеют право получать её в любых организациях наравне со здоровыми людьми. При этом инфицированные обязаны оповещать врачей и других медицинских работников о своём диагнозе. Всем ВИЧ-положительным пациентам, если у них есть показания к назначению специфического лечения, в РБ бесплатно предоставляются лекарственные средства для антиретровирусной терапии. Вовремя начав лечение антиретровирусными препаратами и следуя всем указаниям врача, люди, живущие с ВИЧ, могут прожить долгую и полноценную жизнь.

Продemonстрировали эффективность в уменьшении распространения ВИЧ-инфекции программы обмена шприцев и игл, обеспечение средствами для более безопасных сексуальных практик, обучение людей стратегиям профилактики по принципу «равный равному» (т.к. традиционная модель «специалист – нуждающийся» во многих ситуациях продемонстрировала свою низкую эффективность), социальная работа, группы поддержки. Трудоустройство больных вирусом иммунодефицита должно осуществляться без препятствий. Заражённые СПИДом молодые люди могут поступать в любые учебные заведения. Администрация ВУЗов и колледжей не вправе отказывать абитуриенту в подаче документов, а также чинить какие-либо препятствия.

ВИЧ – социально значимое заболевание. Социальное сопровождение ВИЧ-инфицированной семьи, а точнее семей, в которых есть заражённые дети, также осуществляется по нормам действующего законодательства. Родители в данном случае имеют право на бесплатное пребывание (с предоставлением койко-места и питанием) в медицинских организациях.

### **3.2.9. Деонтологические проблемы в психиатрии и наркологии.**

Психиатрия, возникшая как наука в конце XVIII в., заставила по-новому посмотреть на душевно больных. Врачи выступили против мер жестокости, однако предрассудки в отношении душевных расстройств живы до сих пор. Значительное время сохранялось суждение о необходимости полной изоляции таких людей от общества, и даже физического уничтожения недееспособных. Нередко психиатрический стационар использовался с целью изолирования здоровых людей неугодных власти, обществу и пр. – всё это привело к необходимости правовой регуляции оказания психиатрической помощи.

Главная цель профессиональной деятельности психиатра – врачевание психических расстройств, компетентная и умелая помощь, прежде всего, душевно больным людям, но и также человеку, нуждающемуся в такой помощи. Из всех медицинских дисциплин психиатрия в наибольшей степени имеет дело с человеком в целом, с

учётом его биологической, психической, духовной и социальной составляющих.

Фундаментальные проблемы биомедицинской этики оказались исключительно близки по своему содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при исследовании проблем психиатрии. Особую роль на протяжении всей истории психиатрии сыграла дилемма *патерналистского и непатерналистского подходов*, являющаяся «сквозной» для всей биоэтики.

**Патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента** предполагает, что в условиях врачевания здоровье и жизнь человека являются, безусловно, приоритетными ценностями, что этическая позиция врача однозначно учитывает, что «благо больного – высший закон», и что полноту ответственности за принятие клинических решений врач берёт на себя.

**Непатерналистская модель взаимоотношений врача и пациента** исходит из приоритета моральной автономии пациента, в силу чего ключевой категорией такого подхода становится категория прав пациента.

Трудность работы психиатра заключается в том, что он зачастую попадает в этически противоречивые ситуации, где сложно следовать положениям кодекса этики. ***Среди наиболее распространенных этических дилемм в психиатрии выделяют следующие:***

- *недобровольные госпитализация и лечение* в отношении лиц с глубокими психическими расстройствами (психиатры признают, что критерий непосредственной опасности не может быть для этого единственным основанием, потому что без лечения остаётся группа пациентов, которые в силу своих психических расстройств не сознают необходимости лечения);
- *конфиденциальность* (её правила нарушаются в случае повышенного риска для жизни пациента или других людей (самоубийства, агрессивные действия), преступные действия (насилие, развращение, инцест), которые совершаются над несовершеннолетними; недобровольная госпитализация пациента в силу тяжести его психического состояния; участие пациента в тяжких преступлениях);
- *принцип информированного согласия* (согласие пациента должно быть добровольным и осознанным при том, что получение информации о характере психических расстройств пациента должно происходить в доступной для него форме и с учётом его психического состояния; предполагается получение предварительного согласия перед началом лечения, а также соблюдение прав пациента на отказ от лечения за исключением случаев, предусмотренных в законодательстве);
- *выбор патерналистской либо непатерналистской модели взаимоотношений врача и пациента* (случаи, когда у пациента

нарушены способности рассуждать о болезни, способности адекватно оценивать риск и пользу лечения);

- *принцип «не навреди»* в психиатрии находит выражение в *выборе «наименее ограничительной альтернативы»* (вред, который может сопутствовать при оказании психиатрической помощи пациенту, специалисты видят в следующем: принуждение (широкий диапазон мер со стороны врача); социальные ограничения и запреты по отношению к психически больным; отчуждение душевнобольных от современного общества; моральный вред, причиняемый пациенту в ходе психотерапевтической работы; вред, который сопутствует применению инвазивных методов исследования и методов лечения с побочными действиями);
- *проведение исследований на пациентах с психическими расстройствами*, а также использование информации о пациентах во время обучения студентов и врачей, в научных публикациях (если пациенты не признаны недееспособными и могут дать информированное согласие. Общепринятого критерия определения дееспособности при получении согласия на участие в исследовании нет).

Поскольку **наркология** представляет собой раздел психиатрии, которая занимается диагностикой, лечением и профилактикой болезней, проявляющихся в пристрастии к приёму наркотических лекарственных веществ и средств как результат стойкой психической и физической зависимости от них, то и в этой области своеобразно действуют **принципы и нормы биоэтики**:

- *принцип автономии личности* (зависимые пациенты на принудительном лечении от алкоголизма или наркомании представляют собой неавтономную личность. в этом случае возникает проблема реализации информированного согласия);
- *принцип непричинения вреда* (некоторые средства, используемые в наркологии, вызывают у пациентов опасные побочные эффекты при полном отсутствии или слабодоказанной их эффективности, но при этом данное лечение является – меньшим злом);
- *принцип благодеяния* (врач-нарколог самостоятельно выбирает в качестве нравственных ценностей жизнь и здоровье пациента, игнорируя автономию личности (свободу самоопределения пациента));
- *принцип справедливости* (пациенты с наркологической патологией не относятся к социально ценным. Однако специалисты утверждают, что затраты общества на лечение зависимых будут во много раз компенсированы через сохранение их жизни и трудоспособности).

#### **Биоэтические нормы в наркологии:**

- *правдивость* (ситуации умолчания правды во благо пациента и прямой обман пациента);

- *приватность* (обсуждение врачом состояния здоровья пациента с родственниками или другими заинтересованными лицами без ведома пациента);
- *конфиденциальность* (нераспространение информации);
- *компетентность* (профессионализм). [См. Закон Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» № 349-З от 07.01.2012 г.]

### 3.2.10. Этические аспекты общения и лечения пациентов с девиантным поведением

Оценка любого поведения всегда подразумевает его сравнение с какой-то нормой, проблемное поведение часто называют **девиантным, отклоняющимся**.

**Девиант** – это человек, демонстрирующий черты недопустимого поведения, нуждающийся в помощи специалистов (психиатров, наркологов, психотерапевтов).

**Девиантное поведение** – это система поступков, отклоняющихся от норм психического здоровья, подразумевающее наличие явной или скрытой психопатологии. Это антисоциальное поведение, нарушающее какие-то социальные и культурные нормы, особенно – правовые. Когда эти поступки сравнительно незначительны, их называют правонарушениями, а когда более серьёзны и наказываются в уголовном порядке – преступлениями. Соответственно говорят о **девиантном** (анормальном) и **делинквентном поведении** (психологическая склонность к правонарушениям; криминальное поведение).

Существует немало форм (видов), мотивов и подходов в рамках темы девиантного поведения. В большинстве современных обществ в область влияния понятия «девиантное поведение» относят уголовную преступность, алкоголизм, психическое расстройство, наркоманию, токсикоманию, игроманию (патологический гемблинг), сексуальную распушенность, суицидальное поведение. Примеры деструктивного девиантного поведения также могут включать в себя чрезмерное увлечение пирсингом и шрамированием, нанесение сознательных увечий девиантом самому себе, пищевые нарушения (напр., анорексия), вымещение злобы на окружающих людях и животных, уничтожение чужого творчества.

Непосредственно от мотивов, которые влияют на формирование негативных черт и толкают на «запрещенные» поступки, зависит выбор метода работы (коррекции) с девиантом. Основными причинами (мотивами) считают 3 момента.

1. *Личностное или социальное основание*. Под ним подразумеваются имеющиеся у индивида, склонного к девиантному поведению, деформации личности (личностного развития). Относятся сюда также нарушения воли, установок, неправильные ценности (нравственные, духовные). Люди с неврозами, депрессивными расстройствами, навязчивостями, страхами,

которые пришли из детства, в большой степени склонны к саморазрушению и суицидальным попыткам. Причины: неправильное воспитание, нарушение внутрисемейного климата, неполная семья и т.п.

2. *Психологическое развитие.* Оно может быть тесно связано с личностным развитием. Понимается наличие выраженных акцентуаций и нарушений характера, которые могут привести к развитию психопатий или иных форм психических проблем.

3. *Биологическое основание.* Соматические (телесные, физиологические) заболевания, психосоматика, особенности проявления темперамента, врожденных свойств нервной системы. При деликвентном поведении может быть выявлена минимальная мозговая дисфункция.

В зависимости от мотивов, по которым у человека имеется склонность к девиантному поведению, подбираются методы исправления состояния. Наряду с социальным или психотерапевтическим (психологическим) воздействием может использоваться медикаментозная терапия с акцентом на психическое либо физиологическое состояние.

Психологическая коррекция направлена на трансформацию поведения, идей и ценностей, строиться как «обучение правильному поведению» и включает в себя научение ведению конструктивного диалога, избавление от внутренних защитных механизмов, формирование личностных черт, помощь в адаптации. Проводиться психотерапевтическая работа может как в индивидуальном порядке, так и в форме работы групповой (коммуникативные тренинги).

Проводится целенаправленная беседа с пациентом. При беседе желательно говорить максимально просто и доверительно, в спокойной обстановке, избегая шаблонов и чтения морали. Советы даются в виде позитивных рекомендаций. Наиболее эффективен и психологически приемлем для большинства режим одномоментного отказа. Закрепляются основные установки по преодолению зависимости. Врач:

1. Находит отклонения в поведении, нарушения психической деятельности, психопатии (неврозы, реактивные состояния и пр.);

2. Диагностирует причины аддиктивного поведения (неконструктивное девиантное поведение человека);

3. Ставит диагноз, выписывает медикаменты, определяет состояние психического здоровья, диагностирует дееспособность.

Врач имеет право принудительно направить пациента на лечение в стационаре, если поведение человека представляет опасность для него самого и окружающих.



## **Нормативно-правовые документы**

**Статья 28 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»** (от 18.06.1993 №2435-ХП: в редакции Закона Республики Беларусь от 20.06.2008 № 363-З. с изм. и доп.).

***Особенности оказания медицинской помощи пациентам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека:***

Государственные организации здравоохранения осуществляют специальные меры по оказанию медицинской помощи пациентам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека.

Перечень заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Медицинское освидетельствование лиц на наличие у них заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека осуществляется в добровольном, обязательном или принудительном порядке.

Граждане Республики Беларусь, иностранные граждане и лица без гражданства, в отношении которых есть достаточные основания полагать, что они имеют заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, в случае их уклонения от обязательного медицинского освидетельствования по заключению врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения и с санкции прокурора могут быть подвергнуты принудительному медицинскому освидетельствованию в государственных организациях здравоохранения. Порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования устанавливается законодательством Республики Беларусь [...].

Лица, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, в случае уклонения от лечения могут быть подвергнуты принудительной госпитализации и лечению в государственных организациях здравоохранения. Порядок и условия принудительного медицинского освидетельствования лиц, имеющих заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, а также порядок и условия принудительной госпитализации и лечения лиц, имеющих заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, устанавливаются законодательными актами Республики Беларусь.

Иностранные граждане и лица без гражданства, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека и отказывающиеся от лечения, могут быть

депортированы за пределы Республики Беларусь в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Оказание медицинской помощи лицам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, в отношении которых судом назначены принудительные меры безопасности и лечения или которые отбывают наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Беларусь, осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

**Статья 29 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»**  
***Предупреждение пациентов о наличии у них венерических заболеваний и (или) вируса иммунодефицита человека:***

Пациенты, в отношении которых получены данные о наличии у них венерических заболеваний и (или) вируса иммунодефицита человека, в письменной форме предупреждаются организациями здравоохранения о наличии таких заболеваний и необходимости соблюдения мер предосторожности по их нераспространению, а также об ответственности в соответствии с законодательством Республики Беларусь за заведомое поставление в опасность заражения или заражение другого лица.

**Статья 30 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»**  
***Медицинская помощь пациентам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией:***

Порядок и условия оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, устанавливаются Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Принудительное обследование в целях установления диагноза хронического алкоголизма, наркомании, токсикомании осуществляется на основании постановления органов внутренних дел, а принудительное лечение - по решению суда в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов по разделу 3**

1. Внешний вид медицинского работника.
2. Основные элементы делового этикета врача.
3. Искусство общения с больным.
4. Образ и нравственные качества врача в произведениях русских писателей.
5. Осведомленность медицинских работников по этико-правовым вопросам в медицине.
6. Отношение к принципу информированного согласия в современной медицине.
7. Этические особенности поведения врача на этапе обследования.
8. Этические правила инструментального обследования.

9. Современные представления о самолечении.
10. Слово как лечебный фактор.
11. Особенности профессионального общения с пациентом в зависимости от его возраста, склада характера, стадии и тяжести заболевания.
12. «Неприятный» больной и особенности профессионального поведения с ним. Особенности профессионального поведения в случае лечения VIP-пациентов.
13. Особенности профессионального поведения с онкологическим больным.
14. Особенности профессионального поведения с психиатрическим больным.
15. Особенности профессионального поведения с терапевтическим больным.
16. Особенности профессионального поведения с хирургическим больным.
17. Особенности семейного патронажа по отношению к новорожденным, психически больным, инвалидам, престарелым больным.
18. Проблема ошибки и ятрогении с медико-этических позиций. Значение консилиумов, консультаций, клинических конференций в профилактике ошибок. Самоконтроль и взаимоконтроль.
19. Ответственность врача за допущенные ошибки. Ошибка и преступный умысел.
20. Взаимоотношения в медицинском коллективе. Моральный климат в коллективе.
21. Этические требования к медицинским работникам в отношении соблюдения медицинской тайны.
22. Права пациента. Медицинское право.
23. Мой идеал ученого-медика.
24. Мой идеал врача.
25. Врач и общество в эпоху развития новых биомедицинских технологий.
26. СПИД и профессиональный риск медицинских работников.
27. Проблемы социализации ВИЧ-инфицированных детей.
28. Реабилитация наркозависимых и ВИЧ-инфицированных.

### **Литература по разделу 3**

#### **Основная:**

1. Биомедицинская этика: Практикум. Уч. пособие / Под общ. ред. С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. – Мн.: БГМУ, 2011.
2. Биомедицинская этика в системе последипломного образования врачей: учеб.- метод. пособие / А.А. Александров, Т.В. Мишаткина, Т.В. Силич / Под ред. Г.Я. Хулупа. – Мн., БелМАПО, 2008. – 134 с.

3. Гоглова О., Ерофеев С., Гоглова Ю. Биомедицинская этика: Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2013. – 272 с.
4. Основы биоэтики. Уч. пособие / Под ред. Я.С. Яскевич, С.Д. Денисова. – Мн.: Вышэйшая школа, 2009. – 351 с.

***Дополнительная:***

5. Гоглова О. О. Этика взаимоотношений врача и пациента на этапах оказания медицинской помощи // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2011. – № 10. – С. 106 – 112.
6. Деонтология в медицине: в 2-х т. / под. ред. Б.В. Петровского. – М., 1988.
7. Касирский И. А. О врачевании. Проблемы и раздумья. – М.: Медицина, 1970.
8. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977.
9. Лузанова И. М. ВИЧ и СПИД сквозь призму прав человека // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2011. – №3. – С. 92 – 98.
10. Орлов, А.Н. Культура общения врача. Слово с этических позиций. – Красноярск: Изд-во Краснояр. ун-та, 1987. – 160 с.
11. Орлов, А.Н. О внешней культуре врача: Избр. лекции по деонтологии. – Красноярск: Изд-во Краснояр. ун-та, 1990. – 135 с.
12. Орлов, А.Н. О врачебной тайне: Избр. лекции по деонтологии. – Красноярск: Изд-во Краснояр. ун-та, 1985. – 112 с.
13. Папеева К. О. Понятие и признаки медицинской тайны // Медицинское право. – 2007. – №3. – С. 25 – 31.
14. Харди И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными / Пер. с венгер. – Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1981.
15. Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии: материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием (Витебск, 2 декабря 2016 г.) / М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет». – Витебск: ВГМУ, 2016. – 289 с.
16. Проблемы биоэтики в системе медицинского образования: учебно-метод. пособие / Н.Ю. Коневалова, С.С. Лазуко, И.В. Городецкая, А.П. Солодков / Под ред. В.П. Дейкало. – Витебск: ВГМУ, 2011. – 117 с.

***Нормативные правовые акты Республики Беларусь:***

17. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 №2435-ХП: в редакции Закона Республики Беларусь от 20.06.2008 № 363-З. с изм. и доп.

## 4. КОММУНИКАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

### 4.1 КОММУНИКАЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

4.1.1. Определение понятия «коммуникация».

4.1.2. Основные принципы и цели коммуникации в здравоохранении.

4.1.3. Схема коммуникаций. Коммуникационный процесс.

4.1.4. Позы, мимика, жесты.

4.1.5. Тактические средства общения. Искусство скрытого воздействия.

4.1.6. Виды коммуникаций медицинских работников. Коммуникации по каналам общения (формальные коммуникации, неформальные коммуникации). Виды и типы неформальных коммуникаций.

#### 4.1.1. Определение понятия «коммуникация»

Термин «коммуникация» появился в научной литературе в начале XX в. и употребляется в следующем значении:

**Коммуникация** (от лат. «communication – сообщение, передача и от «communicare» – делать общим, беседовать, связывать, сообщать, передавать) – это необходимый элемент взаимодействия людей, групп, народов, государств, в ходе которого осуществляется передача и взаимопередача информации, знаний, чувств, оценок, значений, смыслов, ценностей, и занимает ведущее место в сфере социальных процессов.

**Чарльз Кули** считал, что «коммуникация – это механизм, посредством которого осуществляется развитие человеческих отношений, включающий в себя все мыслительные символы, средства их передачи в пространстве и сохранения во времени».

**Коммуникацией** также называют процесс двустороннего обмена информацией от одной социальной системы к другой, посредством символов, знаков и образов, ведущий к взаимному пониманию.

**Коммуникация** охватывает все стороны жизнедеятельности (экономические, политические, социокультурные процессы) как отдельных личностей, так и различных социальных групп, организаций, институтов и общества в целом. Коммуникация между отдельными людьми, группами людей, организациями, государствами, культурами осуществляется в процессе общения.

**Общение** представляет собой социально обусловленный процесс обмена мыслями и чувствами между людьми в различных сферах их познавательно-трудовой и творческой деятельности, реализуемый главным образом при помощи вербальных средств коммуникации.

В отличие от общения **коммуникация** – это социально обусловленный процесс передачи и восприятия информации как в межличностном, так и в массовом общении по разным каналам при помощи различных вербальных и невербальных коммуникативных средств. В процессе общения встает проблема не столько обмена информацией, сколько её адекватного понимания.

В словарях существует большое количество определений коммуникации. Так, в словаре «Современная западная социология» даётся следующее толкование понятия *коммуникации*:

- 1) средства связи любых объектов материального и духовного мира;
- 2) общение, передача информации от человека к человеку;
- 3) общение и обмен информацией в обществе, т.е. социальная коммуникация.

Согласно энциклопедическому социологическому словарю *коммуникация* – это передача информации от одной системы к другой, посредством специальных материальных носителей, сигналов.

В «Современном словаре иностранных слов» – данное понятие определяется как:

- путь сообщения (воздушная, водная и т.д. коммуникация);
- форма связи (телеграф, радио, телефон);
- акт общения, связь между двумя и более индивидами, основания для взаимопонимания;
- процесс сообщения информации с помощью технических средств – СМИ (печать, радио, кино, телевидение).

Таким образом, **коммуникация** представляет собой:

- а) средство связи любых объектов материального и духовного мира;
- б) процесс общения, т.е. передачу информации от человека к человеку;
- в) передачу и обмен информацией в обществе в целях воздействия на него.

Без коммуникации никакие социальные системы возникнуть не могут. В человеческом обществе коммуникация осуществляется между индивидами, группами, организациями, государствами, культурами посредством знаковых систем (языков). Между людьми коммуникация происходит в форме **общения** как обмен целостными знаковыми сообщениями, в которых отображены знания, мысли, идеи, ценностные отношения, эмоциональные состояния, программы деятельности общающихся сторон. Содержание и формы коммуникации отражают общественные отношения и исторический опыт людей. Коммуникация – необходимая предпосылка функционирования и развития всех социальных систем, т.к. обеспечивает связь между людьми, позволяет накапливать и передавать социальный опыт, обеспечивает разделение труда и организацию совместной деятельности, управление, трансляцию культуры. Потребность в коммуникации состоит в стремлении человека к познанию и оценке других людей, а через них и с их помощью – к самопознанию, к

самооценке. Коммуникация пронизывает все стороны жизни общества, социальных групп и отдельных индивидов.

Доказано, что плохие коммуникационные навыки со стороны врача являются главным фактором, ведущим к неудовлетворенности пациента и его родственников проводимым лечением. Пациенты всегда в меньшей степени удовлетворены врачами, когда последние в интервью говорят больше, чем пациент, или когда эмоциональный фон характеризуется их доминированием. Ожидания пациента по поводу роли врача изменились. Люди хотят видеть себя более активными участниками в заботах о своём собственном здоровье.

*Методологию исследования социальных коммуникаций* как сложного многопланового социального феномена определяет общеприкладной характер принципов научного познания.

#### **4.1.2. Основные принципы и цели коммуникации в здравоохранении**

Квалификация является только инструментом, эффект от применения которого зависит от других сторон личности врача, в частности его *коммуникативной компетентности*.

Термин «коммуникация», имеет три интерпретации: а) средство информации; б) передача информации; в) воздействие информацией.

##### ***Основные принципы коммуникации:***

- имеет цель;
- они непрерывны, относительны – человек всегда посылает поведенческие сообщения, из которых собеседник извлекает значение или делает выводы; в любой коммуникационной ситуации люди не только обмениваются информацией, но и регулируют свои взаимоотношения;
- имеют социокультурные границы – формирование сообщения и его интерпретации зависят от социокультурной принадлежности участников, этнической и расовой, религиозной, половозрастной принадлежности, сексуальной ориентации, социального положения, образования;
- имеют этический аспект.

*Цель* – это то, к чему стремятся, то, что нужно осуществить. Любая коммуникация целенаправленна. К *основным целям коммуникации* обычно относятся:

- обмен и передача информации;
- формирование умений и навыков для успешной социокультурной деятельности;
- формирование отношения к себе, к другим людям, к обществу в целом;
- обмен деятельностью, инновационными приёмами, навыками, средствами, технологиями;
- изменение мотивации поведения;

- обмен эмоциями.

Коммуникация в сфере здравоохранения предназначена для:

- информирования населения по вопросам здоровья;
- обучения практическим навыкам ведения здорового образа жизни;
- стратегического планирования в сфере здравоохранения;
- осуществления социального партнёрства – организация взаимодействий с заинтересованными сторонами;
- формирования и поддержки мотивации субъектов в осуществлении процесса коммуникации по вопросам здоровья;
- осуществления профессионального (экспертного) контроля качества предоставляемой населению информации, в т.ч. источников информации;
- улучшение качества жизни общества в целом.

Коммуникация в области здравоохранения будет наиболее эффективной, если все заинтересованные стороны будут действовать, объединив усилия, в одном стратегическом направлении. То есть процесс коммуникации в здравоохранении направлен не только на улучшение состояния здоровья населения. Коммуникация также по своей сути – это командная игра, партнёрство.

Коммуникация в здравоохранении предполагает не только информирование субъектов по тем или иным вопросам, касающимся здоровья, но и преобразование этой информации, выстраивание стратегий взаимодействия с населением, СМИ и с сетью партнёров.

При планировании коммуникации необходимо сначала определить *целевую аудиторию* и только после этого выбирать *способы и каналы передачи информации*. Нужно учитывать, что с помощью традиционных коммуникационных каналов – и особенно через Интернет – сложно донести информацию до всех целевых групп.

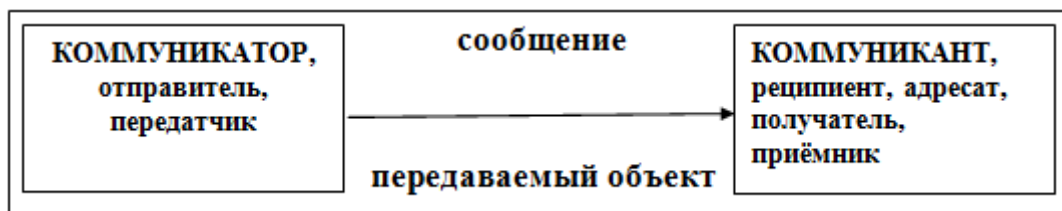
Коммуникация является долгосрочной деятельностью, т.к. поведенческие установки людей, их пристрастия и привычки меняются достаточно медленно. Нужно уметь целенаправленно распределять информацию. Коммуникация не должна быть односторонней – это сложный процесс, включающий возможность ответной реакции на информацию со стороны всех субъектов. Освещая темы здоровья, пытаясь повлиять на поведенческие установки субъектов коммуникации, необходимо учитывать все возможные трудности, возникающие при передаче информации. Очень важно организовать постоянную, долгосрочную работу достоверных источников и каналов информирования для обеспечения качества предлагаемых и получаемых сведений, а также формирование всеобщей, не номинальной ценности здоровья.

Главным и единственным *субъектом коммуникации* является **человек**, который для обеспечения своей жизнедеятельности вступает во взаимосвязь с другими людьми. Человек, люди, группы людей,



организации, общество и социум – это субъекты коммуникации, имеющие право получать информацию по вопросам здоровья. Субъекты коммуникации должны также осуществлять внутреннее взаимодействие по вопросам информационного обеспечения, консолидируя ресурсы.

#### 4.1.3. Схема коммуникаций. Коммуникационный процесс



Элементарная схема коммуникаций показывает, что коммуникация предполагает наличие не менее трёх участников: передающий субъект (коммуникатор, актор, носитель сообщения) > передаваемый объект (сообщение) > принимающий субъект (коммуникант; реципиент). Стало быть, коммуникация – это разновидность взаимодействия между субъектами, опосредованного некоторым объектом.

Американский философ и социолог **Т. Парсонс**, представляющий структурный функционализм, выделял важную конструктивную роль коммуникации в становлении и развитии человеческой деятельности, в функционировании социальных систем. Согласно Т. Парсонсу, коммуникативный процесс включает в себя взаимный обмен символами, значениями, информацией между двумя и большим количеством личностей, каждая из которых выступает в качестве актёра-субъекта социального действия. Каждый актёр стремится определённым образом воздействовать на реципиента с целью стимулировать ответный результат – чувство, оценку, действие и т.д.

Ещё **К. Ясперс** указывал, что коммуникация становится таким общением, в котором человек не просто «играет роль», уготованную ему обществом (например, мужа и отца в семье, врача в профессиональной сфере и т.д.), но определяет свою собственную истинную сущность, неотрывную от его коммуникации с другими людьми.

Коммуникация – это сложный многокомпонентный процесс. К **основным компонентам** относятся:

1. субъекты коммуникационного процесса – отправитель и получатель сообщения;
2. средства коммуникации – код, используемый для передачи информации в знаковой форме (слова, графики, ноты и пр.), и каналы передачи сообщения (телефон, письмо, электронная почта, радиосвязь и др.);
3. предмет коммуникации (событие, явление) и форма отображения сообщения (статья, телепередача и др.);

4. эффекты коммуникации – изменение состояния субъектов коммуникационного процесса, выраженное в трансформации их сознания, взаимоотношений, действий, поведения (сближение либо отдаление точек зрения коммуникатора и реципиента, расширение возможностей их взаимопонимания и сотрудничества либо отдаление).

Для отграничения коммуникации от других процессов обратим внимание на следующие её **отличительные признаки**:

1. В качестве участников коммуникации выступают как минимум 2 субъекта, которыми могут быть: отдельный человек или группа людей, вплоть до общества в целом, а также животные (зоокоммуникация). Согласно этому признаку из понятия коммуникации исключается взаимодействие неодушевленных объектов, т.е. взаимосвязи, например, Солнца и Земли не есть коммуникационный процесс.

2. Обязательно наличие передаваемого объекта, который может иметь материальную форму (книга, речь, жест, подарок и т. д.) или не иметь ее. Например, коммуникант может неосознанно воздействовать на реципиента, вселяя в него доверие-недоверие, симпатию-антипатию, любовь-ненависть.. *Вырождённая форма коммуникации* – общение человека с самим собой (внутренняя речь, размышления, воспоминания и т. п.).

3. Коммуникации свойственна целесообразность или функциональность, поэтому бред – это не коммуникационный акт.

Можно дать следующее научное толкование: *коммуникация – это опосредованное, целесообразное и функциональное взаимодействие нескольких субъектов.*

**Коммуникационный процесс** – это процесс обмена информацией между двумя или более людьми.

**Коммуникационный процесс** – последовательность взаимосвязанных этапов, необходимых для осуществления информационного обмена: формулирование идеи, кодирование информации, выбор канала связи и передача сообщения, декодирование сообщения, формулирование ответа и передача его отправителю.

**Цель коммуникационного процесса** – обеспечить понимание информации, которую можно называть сообщением. Знание роли и содержания каждого из этапов позволяет более эффективно управлять процессом в целом. Рассмотрим отдельные составляющие (элементы) и этапы данного процесса:

1. Зарождение идеи.
2. Кодирование и выбор канала.
3. Передача.
4. Декодирование.

(См. главу «Организация коммуникационного процесса в здравоохранении» **ниже**).

#### 4.1.4. Позы, мимика, жесты

Речевая деятельность сопровождается мимикой, жестами, позами. Они несут информационную нагрузку отражая физическое и эмоциональное состояние говорящего, его темперамент, личностные свойства и качества, а также дают информацию о характере взаимоотношений, ситуации общения, уровне понимания и др. (*Кинесика – наука о жестах, жестовых движениях и мимике*).

В своей книге «Язык телодвижений» австрийский писатель Алан Пиз утверждает, что каждый человек воспринимает информацию, исходя из такого расчёта: 7% информации приходит вместе со словами, а остальные 93% воспринимаются нами с помощью невербальных сигналов (звуки и интонации 38%, неречевое взаимодействие 55%).

Знать виды **невербального общения** и понимать невербальные сигналы важно по нескольким причинам. Во-первых, они выполняют функции точного выражения чувств, ведь очень часто мы испытываем чувства настолько сложные, что просто не в состоянии подобрать для их описания нужные слова, но это можно сделать, используя невербальные средства и методы. Во-вторых, они выполняют функции более глубокого взаимопонимания. Невербальные сигналы проявляются бессознательно и собеседник просто не может ими управлять. Невербальные средства общения и примеры их использования помогают лучше понять себя, но и учат распознавать ложь и манипуляции со стороны других людей. Следует научиться обращать внимание одновременно на все элементы или средства невербального общения. К *невербальным средствам общения* относятся *мимика, жесты, позы, интонация и тембр голоса, визуальный контакт и межличностное пространство*.

**Мимика** – это выразительная стереотипная реакция мускулатуры лица человека. Она является главным элементом отображения эмоций и чувств. Эмоции по-разному отражаются на правой и левой стороне лица, ведь левое и правое полушария мозга выполняют разные функции: правое совершает управление эмоциональной сферой, а левое отвечает за интеллектуальные функции. Эмоции выражаются в мимике таким образом:

- гнев – широко открытые глаза, опущенные уголки губ, прищуренный взгляд, сжатые зубы;
- удивление – приоткрытый рот, широко открытые глаза и поднятые брови, опущенные кончики губ;
- страх – сведенные брови, растянутые губы с опущенными и отведёнными вниз уголками;
- счастье – спокойный взгляд, приподнятые, отведённые назад уголки губ;
- печаль – угасший взгляд, опущенные уголки губ, сведённые брови.
- приятные общие темы поддерживают **зрительный контакт**, а негативные запутанные вопросы заставляют отводить взгляд в сторону, демонстрируя несогласие и неприязнь. Особенности визуального

контакта позволяют делать выводы о степени заинтересованности в диалоге и отношении к собеседнику:

- восхищение – долгий зрительный контакт, спокойный взгляд;
- возмущение – пристальный, навязчивый, несколько тревожный взгляд, длительный зрительный контакт без пауз;
- расположение – внимательный взгляд, зрительный контакт с паузами каждые 10 секунд;
- неприязнь – избегание зрительного контакта, «закатывание» глаз.
- ожидание – резкий взгляд в глаза, приподнятые брови.

**Интонация и тембр голоса.** К особенностям можно отнести частые паузы, незаконченные предложения и их построение, силу и высота голоса, а также скорость речи.

- волнение – низкий тон голоса, быстрая обрывистая речь;
- энтузиазм – высокий тон голоса, чёткая уверенная речь;
- усталость – низкий тон голоса, понижение интонации к концу предложения;
- высокомерие – медленная речь, ровная монотонная интонация;
- неуверенность – ошибки в словах, частые паузы, нервный кашель.

**Жесты** наряду с мимикой являются важнейшими элементами человеческой коммуникации. Задолго до овладения связной речью человек использовал различные движения тела для передачи информации и своего отношения к происходящему. Чувства и установки людей определяются по манере сидеть, стоять, по набору жестов и отдельным движениям. Людям легче и приятнее общаться с теми, кто обладает экспрессивной моторикой, оживленным расслабленным выражением лица. Яркие жесты отображают позитивные эмоции и располагают к искренности и доверию. При этом чрезмерная жестикуляция, часто повторяющиеся жесты могут говорить о внутреннем напряжении и неуверенности в себе. Невербальное общение становится доступным, а уровень взаимопонимания увеличивается, если позы и жесты собеседника будут понятны.

**Алан Пиз** придерживается мнения об универсальности жестовой коммуникации наряду с мимической. Кивание головой у большей части населения Земли является признаком согласия или одобрения. Вместе с этим приобрело и прочно закрепило за собой значение несогласия движение головой из стороны в сторону.

- сосредоточенность – закрытые глаза, пощипывание переносицы, потирание подбородка;
- критичность – одна рука возле подбородка с вытянутым указательным пальцем вдоль щеки, вторая рука поддерживает локоть;
- позитивность – корпус тела, голова немного наклонены вперёд, рука немного касается щеки;
- недоверие – ладонь прикрывает рот, выражая несогласие;

- скука – голова подперта рукой, корпус расслаблен и немного согнут;
- превосходство – положение сидя, ноги одна на другой, руки за головой, веки немного прикрыты;
- неодобрение – беспокойные движение, стряхивание «ворсинок», расправление одежды, одёргивание брюк либо юбки;
- неуверенность – почёсывание либо потирание ушей, обхватывание одной рукой локтя другой руки;
- открытость – руки раскинуты в стороны ладонями вверх, плечи расправлены, голова «смотрит» прямо, корпус расслаблен.

Жесты рассматриваются как внешние проявления внутреннего эмоционального состояния человека, при этом они заключают в себе информацию не только о психологическом состоянии индивидов, но и об интенсивности переживания. Решающим фактором и условием для производства и понимания жеста справедливо считают контекст.

**Поза.** Важное значение в оценке состояния собеседника, партнёра по взаимодействию имеет поза – то, как он стоит, сидит. Позы делятся на *естественные* и *неестественные*. Естественная поза – свободная, непринужденная – характеризует психологический комфорт, отсутствие напряжения и располагает к общению. Поза неестественная – необычная, странная, нелепая – к общению не располагает, она свидетельствует о напряжении, психологическом дискомфорте. Позы бывают *симметричные* и *асимметричные*. Симметричная поза нивелирует индивидуальные различия, так же, как униформа, делая людей несколько похожими друг на друга. Симметричная поза – элемент формального общения, предполагает официальное, регламентированное взаимодействие. Её предпочитают люди замкнутые, скрытные, сдержанные, отличающиеся осторожностью во взаимоотношениях, недоверчивостью, подозрительностью, не предполагающей близости и сотрудничества, и поэтому доверия не вызывают. Поза асимметричная, напротив, свидетельствует об индивидуальных особенностях, открытости для общения, готовности к сотрудничеству. Позы бывают также *закрытыми* и *открытыми*. Закрытая поза указывает на нежелание общаться, избегание взаимоотношений с окружающими. К отличительным особенностям закрытой позы относятся такие ее характеристики, как скрещенные на груди руки («поза Наполеона»), скрещенные ноги (нога на ногу); кисти рук в карманах, спрятанные за спину; корпус тела и голова, развёрнутые в сторону от партнёра; взгляд, направленный в пол, в окно, в историю болезни – куда угодно, только не в глаза собеседнику. Закрытая поза не располагает к общению. Открытая поза свидетельствует о готовности к контактам, к межличностному взаимодействию. Открытая поза характеризуется противоположными отличительными признаками: корпус тела и голова повернуты в сторону собеседника, прямой взгляд в лицо и др.

*Врачу в ситуации его профессионального общения с пациентами лучше всего использовать естественные, асимметричные, открытые позы, располагающие к общению, не вызывающие напряжения или недоверия, создающие лучшие условия для взаимодействия. Особенно важным это бывает в самом начале общения, при установлении психологического контакта с пациентом.*

**Межличностное пространство.** Расстояние между собеседниками играет важную роль в налаживании контакта, понимании ситуации общения. Часто люди выражают своё отношение такими категориями как «держаться отсюда подальше» или «хочу быть ближе к нему». Если люди заинтересованы друг другом, разделяющее их пространство уменьшается, они стремятся находиться поближе. Для лучшего понимания этих особенностей, а также для того, чтобы правильно разграничивать ситуации и рамки контакта, следует знать основные пределы допустимого расстояния между собеседниками:

- интимное расстояние (до 0,5 м) – интимные доверительные отношения между близкими людьми, друзьями.
- межличностное расстояние (от 0,5 м – до 1,2 м) – комфортное расстояние во время дружественной беседы, где допускаются прикосновения друг к другу.
- социальное расстояние (от 1,2 м – до 3,7 м) – неформальное взаимодействие в социуме, во время деловой встречи. Чем больше расстояние, вплоть до крайней границы, тем отношения формальней.
- публичное расстояние (более 3,7 м) – комфортное расстояние для лектора, который совершает публичное выступление перед большой группой людей.

Такие рамки расстояний и их значимость зависят от возраста, пола человека, его личностных особенностей. Детям комфортно находится на более близком расстоянии от собеседника, а подростки закрываются, желают отстраниться от других. Женщины любят более близкие расстояния, независимо от пола их собеседника. Уравновешенные, уверенные в себе люди не обращают особого внимания на расстояние, тогда как нервные тревожные люди стараются находиться в отдалении от других.

Немаловажную роль в коммуникационном процессе играет такое понятие как **конгруэнтность (соответствие)** языка телодвижений произносимой речи, т.е. невербального и вербального компонентов коммуникации. Невербальные сигналы, заключающие в себе в пять раз больше информации в сравнении с вербальными в случае неконгруэнтности являются наиболее достоверным источником информации об истинном положении вещей.

Таким образом, язык мимики и жестов является очень важным явлением в человеческой коммуникации. Он отражает чувства,

эмоциональное и физическое состояние человека, позволяя собеседнику верно на них реагировать. Мимика, позы и жесты являются не только значимыми коммуникативным сигналом человека, но могут иметь решающее значение в социальном взаимодействии.

#### **4.1.5. Тактические средства общения. Искусство скрытого воздействия**

**Тактика** (от греч. – «искусство командования войском») **общения** – система последовательных действий, которая способствует реализации выбранной стратегии, достижению поставленной цели.

**Тактика общения** – это реализация в конкретной ситуации коммуникативной стратегии (открытое – закрытое общение; монологическое – диалогическое; ролевое (исходя из социальной роли) – личностное (общение «по душам»)) на основе знания правил и владения техниками общения. Это совокупность конкретных коммуникативных умений говорить и умений слушать.

В общении выделяют также следующие позиции:

- доброжелательная (принятия собеседника);
- нейтральная;
- враждебная (неприятие собеседника);
- доминирование, или «общение сверху»;
- общение «на равных»;
- подчинение, или позиция «снизу».

**Тактические средства общения** – это динамические прикосновения в форме рукопожатия, похлопывания, поцелуя. К «трогающим» относят целые возрастные группы (например, маленькие дети), социальные группы (врачи, косметологи, массажисты, банщики). В русской культуре касания – это всегда вторжение в личную сферу другого, поэтому они должны быть ненавязчивыми. Выделяют важнейшие функции касания в акте коммуникации:

- выражение участия, заботы или дружбы по отношению к адресату жеста;
- выражение интимного отношения к адресату;
- установление контакта или привлечение внимания;
- отражение доминантного положения говорящего на социальной лестнице.

В речи среди тактильных глаголов (глаголов осязания) употребляют такие, как гладить рукой, ощупывать, обнимать, дать подзатыльник, потрепать по щеке и др. (*Такесика*, или *гаптика*, – наука о языке касаний и тактильной коммуникации).

**Воздействие** – целенаправленный перенос движения и информации от одного участника взаимодействия к другому. Выделяются:

- воздействия непосредственные – контактные, когда движение и заключённая в нём информация передаются в форме импульса движения, – например, прикосновения или удара;

- воздействия опосредованные – дистантные, когда информация и закодированный в ней импульс движения передаются в форме комплекса сигналов, несущих сообщение о чём-либо и ориентирующих восприимчивого воздействия относительно смысла и значения этих сигналов.

**Скрытое воздействие** – влияние, происходящее незаметным образом. Скрытое воздействие может быть естественным, природным процессом, а может быть организовано кем-то в отношении кого-то. Примеры скрытого воздействия: *манипуляции* и *дрессировка*.

Воздействие происходит скрыто при сложении следующих факторов:

1. Неожиданность или неясность ситуации.
2. Неясные мотивы.
3. Маскировка.
4. Обращение к подсознанию.
5. Маневрирование: вместо прямой атаки или прямолинейной защиты – ловкие и неожиданные ходы, отвлечение внимания, напускание тумана и другие влияния на партнёра, меняющие сам характер ситуации и нередко устраняющие собственно конфликт.

Психология управления людьми представляет собой полноценную отрасль науки, изучающую виды и методы психологического воздействия человека, способы прямого и скрытого управления социумом и отдельными личностями. Овладев приёмами психологии управления людьми, врач должен уметь с помощью психологических методов склонять пациентов к определённым действиям, способствующим наискорейшему их излечению, добровольно заставить действовать пациента в интересах своего здоровья.

Рекомендуется:

1. Отработать выразительную и понятную невербалику.
2. Для установления и поддержания конструктивного общения чаще открыто обозначать намерения.

#### **4.1.6. Виды коммуникаций медицинских работников. Коммуникации по каналам общения (формальные коммуникации, неформальные коммуникации). Виды и типы неформальных коммуникаций**

Различают следующие виды коммуникаций: *межличностные* (непосредственное, формальное или неформальное общение между работниками организации) и *организационные* (целостная сложная система передачи и обмена информацией внутри организации).

**Каналы коммуникации** – это то или иное средство, используя которое, можно передать сообщение от источника к получателю. При этом адресат может быть не один человек. Так, во время презентации лектор передаёт информацию целой аудитории. Сообщение может не ограничиваться текстом или звуками. Нередко оно включает в себя интонации, жестикуляцию и т. д.



**Невербальный** (несловесный) и **вербальный** (словесный) – это исторически самые первые каналы социальной коммуникации. В современном обществе передача информации осуществляется исходя из применяемых каналов и средств материально-технического оснащения. В связи с этим выделяют следующие **виды социальной коммуникации**:

- **Устная.** Эта коммуникация использует одновременно естественные невербальные и вербальные каналы, а также средства.
- **Документальная.** Эта коммуникация применяет для передачи информации каналы, которые были искусственно созданы человеком. К ним относят печать, письменность и изобразительное искусство, передающие смысл в пространстве и во времени.
- **Электронная.** Её основу составляют проводная и радиосвязь, компьютерная техника, магнитные и оптические средства записи.

Все три вида социальных способов передачи информации существуют в единстве друг с другом.

Различают 2 вида научной коммуникации: **неформальную** – посредством прямого контакта между передающим и получающим информацию специалистами и **формальную** – через различные виды научной медицинской литературы и вторичных информационных источников.

**Формальные коммуникации** – это коммуникации, которые связывают отдельные элементы организационной структуры, вытекают из целей, стоящих перед организацией, и устанавливаются при помощи правил, закрепленных в должностных инструкциях и внутренних нормативных документах, которые регламентируют взаимодействие работников или подразделений.

**Неформальные коммуникации** в целом не связаны с иерархией организации, они связывают людей, которые объединены в рамках одной неформальной группы. Они возникают в любой организации, но обычно не имеют отношения к её прямым потребностям, осуществляются согласно установившейся системе личных отношений между работниками организации.

Коммуникативные средства различаются по своей природе на знаки **вербальные**, или **словесные** – слова, словосочетания, которые образуют вербальные системы; **невербальные** – жесты, мимика, позы, телодвижения, особенности голоса (высота, громкость, тон), символы (буквенные, цифровые, изобразительные, цветные), которые образуют невербальные системы; **синтетические** – образы (сценический, кинематографический, изобразительный, музыкальный, литературно-художественный), которые соединяют в себе вербальные и невербальные знаки и образуют синтетические системы в определённых видах искусства.

Вербальные виды коммуникации включают **устные** и **письменные**. Устные бывают прямые (диалог, презентация, совещание, переговоры) и

опосредованные (голосовая связь, телефонный разговор). Письменные: письмо, меморандум, отчёт. При описании невербальных видов коммуникации выделяют **язык телодвижения** (поза, жест, выражение лица) и **параметры речи** (интонация, громкость голоса). Невербальные средства общения делятся на основные: визуальные, кожные реакции, отражающие дистанцию, акустические или звуковые, экстралингвистические, тактильно-кинестезические, ольфакторные (запахи), вспомогательные средства коммуникации, в том числе особенности телосложения (половые, возрастные), и средства их преобразования.

Структура организационных коммуникаций представлена на схеме.



С имеющимися и потенциальными потребителями организации общаются с помощью рекламы или других программ продвижения товаров на рынке, среди которых наиболее эффективными являются конференции и деловые встречи, ярмарки, торговые выставки и др. В сфере отношений с общественностью первостепенное внимание уделяется созданию определённого образа, «имиджа» организации на местном, общенациональном или международном уровне. При этом широко используются радио, телевидение, размещение средств в благотворительные и пр. фонды, финансирование экологических, оздоровительных и других программ.

В системе здравоохранения коммуникации с внешней средой включают получение и соблюдение приказов Министерства здравоохранения, распоряжений и инструктивных материалов и др.

Предметом коммуникаций служит информация о достижениях медико-фармацевтической науки и практики, о производстве и регистрации лекарственных препаратов, о состоянии и тенденциях фармацевтического рынка, а также бухгалтерская и статистическая отчётность.

**Внутренние коммуникации** представляют собой сложный и всепроникающий процесс, охватывающий все уровни и подуровни организации.

Иерархическая структура организации приводит к перемещению информации с уровня на уровень в рамках межуровневых вертикальных коммуникаций. **Вертикальные коммуникации** могут осуществляться как *по нисходящей* – с высших управленческих уровней на низовые, так и *по восходящей* – с низовых уровней на высшие. Путём коммуникаций *по нисходящей* подчинённым уровням управления сообщается о текущих и конкретных задачах, предстоящих изменениях в производстве и т.д.

Примером обмена информацией *по вертикали* могут служить коммуникации между руководителем и подчинённым. Суть этих коммуникаций довольно разноплановая: выяснение задач, обсуждение проблем эффективности работы, сбор информации, оповещение подчинённых о чём-либо, получение сведений об усовершенствованиях и предложениях, благодарности и вознаграждения. Коммуникации с рабочей группой в целом позволяют руководителю повысить эффективность действия группы. Поскольку в обмене участвуют все члены группы, каждый имеет возможность высказать своё мнение, что в конечном итоге позволяет прийти к оптимальному решению.

В силу разнообразия стоящих перед организацией задач она нуждается не только в вертикальных, но и в **горизонтальных коммуникациях**. Организация состоит из ряда подразделений, поэтому обмен информацией между ними нужен для координации их действий (обмен информацией, повышение эффективности деятельности, формирование равноправных отношений между работниками разных отделений, сохранении нормального психологического климата в них и организации в целом).

Одной из самых значимых характеристик организации является её взаимосвязь с внешней средой. Организации пользуются разнообразными средствами для коммуникаций с составляющими своего внешнего окружения. Так, им приходится подчиняться государственному регулированию, с другой стороны, организация пытается влиять на содержание будущих законов и постановлений.

Кроме того, коммуникативные средства различаются **по степени обобщённости передаваемой информации** (смысловой, оценочной). Это неотъемлемая характеристика, влияющая на их выбор в конкретной коммуникативной ситуации.

По субъектам коммуникации и типу отношений между ними принято выделять следующие её виды:

1. **Межличностная коммуникация** – вид личностно-ориентированного общения, связанный с обменом сообщениями и их интерпретацией двумя или более индивидами, вступившими в определённые отношения между собой; вид коммуникации в ситуации межличностных взаимодействий и/или отношений.

2. **Межгрупповая коммуникация** – вид взаимодействия людей, детерминированный их принадлежностью к различным социальным группам и категориям населения, независимый от их межличностных связей и индивидуальных предпочтений.

3. **Публичная коммуникация** – вид институционального (статусно-ориентированного) общения с публикой (значительным числом слушателей); сообщение в такой коммуникации затрагивает общественные интересы и приобретает публичный характер.

4. **Массовая коммуникация** – процесс систематического распространения информации, носящий институциональный характер, а также передача специально подготовленных сообщений с помощью различных технических средств на численно большие, анонимные, рассредоточенные аудитории; является регулятором динамических процессов общественного сознания, интегратором массовых настроений, а также мощным средством воздействия на индивидуальность и группы.

Таким образом, существуют следующие **типы коммуникаций**: межличностная, групповая, массовая коммуникации. Они могут осуществляться в различной сфере (культурно-духовной, научной, учебной, производственной), среди людей различного возраста, пола, принадлежащих к различным народам, нациям, этносам, расам (геронтокоммуникации, гендерные, национально-этнические, межрасовые коммуникации), между различными категориями населения (молодежные, женские, религиозные), между континентами, странами, государствами, народами, территориями (межконтинентальные, межгосударственные, международные, межтерриториальные) и др.

**Типы коммуникаций** выделяются по составу коммуникантов: (межличностная, групповая и массовая коммуникация).

**Виды коммуникаций**: по способу установления и поддержания контакта коммуникации подразделяются на непосредственные (прямые), опосредованные (дистанционные); по инициативности коммуникаторов коммуникации делятся на активные и пассивные; по степени организованности коммуникации подразделяются на случайные и организованные; в зависимости от используемых знаковых систем коммуникации подразделяются на вербальные и невербальные.

**Формы коммуникаций:** относят дискуссии, беседы, совещания, заседания, переговоры, брифинги, пресс-конференции, презентации, прием по личным вопросам, телефонные разговоры, деловую переписку и др.

**Сферы коммуникаций** объединяются понятием специализированной коммуникации. Традиционно выделяются: сфера бытовой, политической, научной, образовательной, педагогической, юридической, медицинской, религиозной, производственной коммуникации.

**Неформальные коммуникации.** Канал неформальных коммуникаций можно назвать каналом распространения слухов. Неформальные каналы часто действуют быстрее формальных, и почти всегда доверие коммуникантов к неформальной информации выше, чем к формальному источнику.

#### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Теории коммуникации.
2. Лидерские качества врача.
3. Психологические типы эффективных руководителей.
4. Этика деловых взаимоотношений медицинского работника.
5. Коллектив. Управление коллективом.
6. Слово врача как лечебный фактор.

## **4.2. ЛИДЕРСТВО И РУКОВОДСТВО**

- 4.1.1. Понятия лидерства и лидера.
- 4.1.2. Стили лидерства, их характеристика.
- 4.1.3. Классификация лидеров по положению в организации.
- 4.1.4. Личностные качества лидера.
- 4.1.5. Критерии лидерства.

### **4.1.1. Понятия лидерства и лидера**

*Лидерство* есть процесс психологического влияния одного человека на других при их совместной жизнедеятельности, который осуществляется на основе восприятия, подражания, внушения, понимания друг друга [А.А. Урбанович, 2004].

Лидерство является психологической характеристикой поведения определенных членов группы.

Оно основано на принципах свободного общения, взаимопонимания и добровольности подчинения.

Лидерство понимается как двуединый психологический процесс: с одной стороны он является групповым, а с другой – индивидуальным.

В основе этих процессов лежит способность лидеров притягивать к себе, бессознательно вызывать чувство восхищения, обожания, любви.

При этом поклонение людей одной и той же личности может сделать эту личность лидером.

**Лидер** – член группы, который выдвигается в результате взаимодействия членов группы при решении конкретной задачи.

Лидеры часто наделены **харизмой** (от греч. – божественный дар) - это эмоционально-психические способности человека, благодаря которым его оценивают как одаренного особыми качествами и способного оказывать эффективное влияние на других; это сила личностного влияния, это обаяние, которое исходит от человека; это энергия, которая исходит от человека и притягивает к себе людей.

Лидер выдвигается в конкретной ситуации, принимая на себя определенные функции. Остальные члены группы принимают лидерство, то есть строят по отношению к лидеру такие отношения, которые предполагают, что он будет вести, а они будут ведомыми.

Процесс лидерства может быть достаточно противоречивым: мера «притязаний» лидера и мера готовности других членов группы принять его ведущую роль могут не совпадать.

Выяснить действительные возможности лидера – значит, в том числе, выяснить, как воспринимают лидера другие члены группы.

Мера влияния лидера на группу также не является величиной постоянной: при определенных обстоятельствах лидерские возможности могут возрастать, а при других обстоятельствах, напротив, снижаться.

#### 4.1.2. Стили лидерства, их характеристика

**Лидерский стиль** – наиболее устойчивая характеристика лидера, проявляющаяся в его поведении, установках, направленности (Т.В. Бендас, 2009).

Эта характеристика включает в себя систему способов, методов и форм воздействия лидера, создающая своеобразный почерк его управленческого поведения.

Немецкий психолог Курт Левин выделил три классических лидерских стиля: авторитарный, демократический, либеральный.

**Демократический стиль** характеризуется рядом особенностей:

- во-первых, этот стиль создает более благоприятную атмосферу и способствует более активному включению членов группы в совместную деятельность;
- во-вторых, при этом стиле руководства группа отличается наивысшей удовлетворенностью, стремлением к творчеству;

- в-третьих, этот стиль обеспечивает установление наиболее благоприятных взаимоотношений между руководителем и группой.

При **авторитарном стиле** руководства:

- группа выполняет больший объем работы, чем при демократическом стиле;
- группа имеет более низкую мотивацию, оригинальность действий и дружелюбие;
- в группе отсутствует групповое мышление;
- в группе проявляется больше агрессивности;
- группа демонстрируется как по отношению к руководителю, так и по отношению к другим участникам группы;
- в группе наблюдаются признаки большей подавленности и тревоги, зависимого и покорного поведения.

В сравнении с демократическим стилем руководства, при **либеральном стиле**:

- объем работы уменьшается,
- ее качество снижается,
- проявляется больше игры,
- в опросах фиксируется предпочтение демократического лидера.

На основании исследования К. Левин дал примерную характеристику каждого стиля и целесообразности его использования.

1. **Авторитарный стиль.** Решение принимает руководитель единолично. Он действует по отношению к подчиненным властно, жестко закрепляет роли участников, осуществляет детальный контроль, сосредоточивает в своих руках все основные функции управления.

Этот стиль наиболее эффективен в хорошо упорядоченных (структурированных) ситуациях, когда деятельность подчиненных носит алгоритмизуемый характер (по заданной системе правил). Ориентирован на решение алгоритмизуемых задач.

2. **Демократический стиль.** Решения принимаются руководителем совместно с подчиненными. При таком стиле лидер стремится управлять группой совместно с подчиненными, предоставляя им свободу действий, организуя обсуждение своих решений, поддерживая инициативу. Этот стиль наиболее эффективен в слабо структурированных ситуациях и ориентирован на межличностные отношения, решение творческих задач.

3. **Либеральный стиль.** Решения навязываются подчиненными руководителю. Он практически устраняется от активного управления группой, ведет себя, как рядовой участник, предоставляет участникам группы полную свободу. Участники группы ведут себя в соответствии со своими желаниями, их активность носит спонтанный характер. Этот стиль наиболее эффективен в ситуациях поиска наиболее продуктивных направлений групповой деятельности.

#### 4.1.3. Классификация лидеров по положению в организации

Принято различать понятия лидера и руководителя как, соответственно, неформального и формального лидера.

Процесс влияния через способности и умения или другие ресурсы, необходимые людям, получил название **неформального лидерства**.

В этом случае влияние исходит из признания другими личного превосходства лидера. Любой неформальный лидер обладает личностным притяжением, которое проявляется в разной форме.

**Формальное лидерство** – это процесс влияния на людей с позиции занимаемой должности, официального положения в организации.

Исследования показывают, что значительная группа руководителей во многом обладает лидерскими качествами, однако обратный вариант встречается в реальной жизни реже.

Сравнительная характеристика лидерства и руководства:

ЛИДЕР	РУКОВОДИТЕЛЬ
Элемент микросреды, сфера деятельности ограничена рамками группы	Входит в макросреду, представляет группу на более высоком уровне
Регулирует	
Межличностные отношения	Формальные отношения
Лидерство - стихийный процесс, не всегда предсказуемый	Руководство - целенаправленный, запланированный, более стабильный процесс
Использует санкции	
только неформальные	формальные и неформальные
Всегда авторитетен	Может обладать авторитетом, а может не иметь его вовсе

**Истинный авторитет** – это особый вид влияния на людей, который выражается в способности человека, не прибегая к принуждению, направлять поступки и мысли других людей.

Лидеры есть в любом коллективе, они заслуживают особого внимания, т.к. активно влияют на морально-психологический климат в коллективе и могут стать источником конфликтов и именно они составляют резерв на выдвижение кадров.

Богатство сторон, аспектов лидерства определяет многообразие его типологии. Наиболее простой и широко распространенной классификацией лидерства в организации является выделение его **трех типов** (иногда их называют ролями лидера).



### **1. Деловое лидерство.**

Оно характерно для групп, возникающих на основе производственных целей.

В его основе лежат такие качества, как высокая компетентность, умение лучше других решать организационные задачи, деловой авторитет, опыт и т.п. Деловое лидерство наиболее сильно влияет на эффективность руководства.

### **2. Эмоциональное лидерство.**

Оно возникает в социально-психологических группах на основе человеческих симпатий, притягательности межличностного общения.

Эмоциональный лидер вызывает у людей доверие, излучает теплоту, вселяет уверенность, снимает психологическую напряженность, создает атмосферу психологического комфорта.

### **3. Ситуативное лидерство.**

Строго говоря, по своей природе оно может быть и деловым, и эмоциональным, однако его отличительной чертой является неустойчивость, временная ограниченность, связь лишь с определенной ситуацией.

**Личностные качества лидера.** Личность лидера (в том числе руководителя-лидера) должна включать в себя ряд качеств [А.А. Урбанович, 2004].

1. Способность **воспринимать общие нужды и проблемы** управляемого коллектива и принимать на себя ту долю работы по удовлетворению этих нужд и решению проблем, которую остальные члены коллектива взять на себя не могут.

2. Способность быть **организатором совместной деятельности.**

1) он формулирует задачу, волнующую большинство членов коллектива, принимает на себя ответственность за создание пусть не всех, но обязательно основных, значимых условий решения этой задачи;

2) он умеет планировать совместную работу с учетом интересов и возможностей каждого члена коллектива;

3) вовлекает людей в выполнение необходимых коллективу, но не очень выгодных для отдельных исполнителей дел;

4) использует для принятия коллективных решений мнения и предложения, противоположные собственной позиции;

5) обладает способностями и умениями делать организуемые им дела интересными и привлекательными для других людей;

6) умеет планировать совместную работу с учетом интересов и возможностей каждого члена коллектива.

3. **Чуткость и проницательность, доверие к людям:**

1) он находит время, чтобы выслушать людей, и умеет слушать;

2) с ним легко разговаривать на любую интимную тему, так как он умеет хранить тайны;

3) лидер знает, в чем состоят интересы людей, с которыми он связан по работе, и готов их отстаивать;

4) способен понять трудности (проблемы) отдельного человека, чувствует, кто в нем нуждается;

5) готов вступить за подчиненного, если с ним обходятся несправедливо;

6) способен понимать то, о чем люди предпочитают умалчивать;

7) способен к сопереживанию.

#### **4. Представительские склонности:**

1) он – выразитель общих для коллектива позиций его членов;

2) способен улавливать и выражать общее мнение членов коллектива по любым значимым для них вопросам;

3) ставит вопросы о нуждах коллектива перед руководством, не дожидаясь приказа «сверху»;

4) готов жертвовать личными интересами ради интересов коллектива;

5) является представителем коллектива во взаимоотношениях с вышестоящим руководством.

#### **5. Эмоционально-психологическое воздействие:**

1) лидер способен вовлекать людей в деятельность, не отдавая прямых распоряжений и команд;

2) он в высокой степени наделен «чувством локтя», умеет убеждать, склонен поощрять;

3) он обладает неформальным авторитетом (ему подчинялись бы, за ним бы шли, даже если бы он не имел никакого руководящего поста).

#### **6. Оптимизм:**

1) лидер уверен, что подавляющее число проблем, которые встают перед людьми, разрешимы;

2) своим оптимизмом он вызывает у людей веру в свои силы.

### **4.1.5. Критерии лидерства**

Можно выделить 10 групп критериев лидерства.

#### **1. Видение будущего.**

1.1. Устремлен в будущее, расширяет горизонты, бросает вызовы воображению людей.

1.2. Вдохновляет людей на достижение видения, направляет их помыслы, заряжает энергией, демонстрирует личный пример.

#### **2. Ориентация на Другого**

2.1. Внимательно слушает Другого и ставит на первое место его нужды.

#### **3. Целостность**

3.1. Всегда выполняет свои обещания, берет ответственность за свои ошибки.

3.2. Действия и поведение соответствуют словам, вызывая уважение окружающих.

#### ***4. Надежность / Приверженность делу***

4.1. Ставит высокие цели и достигает их, внося вклад в выполнение общей стратегии.

4.2. Справедливый и сочувствующий людям, в то же самое время способный принимать жесткие решения.

#### ***5. Общение / Влияние***

5.1. Общается в открытой, приятной, ясной и стабильной манере, приглашает людей высказываться и критиковать.

5.2. Использует факты и рациональные аргументы для оказания влияния на людей и убеждения.

#### ***6. Общая собственность / Стирание границ***

6.1. Поощряет и общую собственность и делает членов команды совладельцами ее видения и целей.

6.2. Доверяет окружающим, поощряет риск и стирание границ.

#### ***7. Создает команду / Уполномочивает сотрудников***

7.1. Отбирает талантливых людей, развивает членов команды и помогает им полностью раскрыть свой потенциал.

7.2. Делегирует задачу целиком, наделяет команду полномочиями, оптимизируя ее эффективность.

#### ***8. Знания / Опыт / Интеллект***

8.1. Является хорошим экспертом в своей области и охотно делится знаниями, постоянно обучается и обновляет свои знания.

8.2. Умеет принимать хорошие решения на основе ограниченной информации, полностью использует свой интеллект.

#### ***9. Инициативность / Скорость***

9.1. Создает реальные и позитивные перемены, рассматривает перемены, как открывающиеся возможности.

9.2. Понимает важность и природу скорости в деятельности и использует скорость как конкурентное преимущество.

#### ***10. Глобальный менталитет***

10.1. Демонстрирует глобальные знания и чуткость, мастерски создает отличающиеся разнообразием глобальные команды.

10.4. Общается со всеми, уважая их достоинство, с доверием и уважением.

### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Лидерство как двуединый психологический процесс.
2. Противоречивость процесса лидерства.
3. Лидерский стиль как наиболее устойчивая характеристика лидера.
4. Демократический стиль лидерства и творчество.
5. Авторитарный стиль руководства и агрессивность.

6. Либеральный стиль лидерства и игра.
7. Ответственный лидер, эффективный лидер, психологический лидер – это один лидер или три?
8. Оптимизм как лидерское качество.
9. Общение и влияние как критерии лидерства.
10. Знание, опыт и интеллект – важные критерии лидерства.

#### **4.3 ОРГАНИЗАЦИЯ КОММУНИКАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

4.3.1. Принципы эффективной коммуникации в сфере здравоохранения (нейтральная, компетентная, этическая, достоверная, равноправная).

4.3.2. Коммуникации между организацией здравоохранения и ее средой.

4.3.3. Коммуникации между уровнями и подразделениями.

4.3.4. Модели коммуникации здоровья.

4.3.5. Организация коммуникационного процесса. Элементы и этапы процесса коммуникации. Кодирование и выбор канала коммуникации. Передача информации и декодирование. Обратные связи и помехи.

4.3.6. Преграды на пути межличностных коммуникаций.

4.3.7. Факторы повышения коммуникативной активности.

##### **4.3.1. Принципы эффективной коммуникации в сфере здравоохранения (нейтральная, компетентная, этическая, достоверная, равноправная)**

Принципы эффективной коммуникации в сфере здравоохранения:

###### **- нейтральная и компетентная**

Эффективная коммуникация по вопросам здоровья, происходит на относительно простом и понятном языке. Она основана на фактах, т.е. на имеющихся научных данных. С её помощью люди получают правдивую и полезную информацию по вопросам здоровья и поведенческие навыки, способствующие сохранению здоровья. Коммуникация, направленная на здоровьесбережение, формирует общественное мнение, которое оказывает существенное влияние на принятие тех или иных решений по сохранению и укреплению здоровья населения. Коммуникация в области здравоохранения не преследует коммерческих целей, но она может использовать рекламные инструменты и коммерческое партнёрство для усиления эффективности воздействия информации.

###### **- этическая и достоверная**

Вся информация базируется на результатах научных исследований или на опыте, которому можно доверять. Все источники информации

называются прямо, а цели и содержание не должны противоречить принципам ведения здорового образа жизни. Возможное сотрудничество с коммерческими структурами должно быть открытым и придерживаться направлений имеющейся государственной политики в сфере здравоохранения. Коммерческую рекламу нельзя путать с информацией, основанной на научных исследованиях.

- равноправной

Эффективная коммуникация, посвящённая вопросам здоровья, учитывает различия в состоянии здоровья населения, вызванные социально-экономическими причинами. Каналы коммуникации, содержание и язык нужно выбирать таким образом, чтобы суть сообщения дошла до всех представителей целевой группы, в т.ч. и тех, чьё здоровье наиболее подвержено угрозе. Например, лицам, злоупотребляющим алкоголем или бездомным сложно донести информацию через средства массовой информации, с ними необходим непосредственный контакт.

#### **4.3.2. Коммуникации между организацией здравоохранения и её средой**

Практически всё, что окружает человека, что составляет его среду обитания является также и *коммуникативной средой*. «Слово лечит» – эта общеизвестная истина приводит к размышлению, как именно это происходит и как работать со словом. Беседа врача и пациента не должна протекать спонтанно, иначе возможны фатальные случайности (как в известной советской кинокомедии «Зайчик», пациент, неверно поняв слова врача, решил, что ему осталось жить не больше месяца).

Врач и пациент, являясь равнозначными участниками лечебно-диагностического процесса, тем не менее, неравноправны. Специфика взаимоотношений врача и пациента определяется тем, что один из них болен, другой – здоров, один из них зависит в своём желании выздороветь от другого. Слово врача для пациента – не только слово специалиста; за врачом стоит многовековая практика медицины. Врач обладает значительной экспертной властью, за ним – мощное влияние традиции. Плохая коммуникация со стороны врача являются главным фактором, ведущим к неудовлетворенности пациента и его родственников проводимым лечением.

По мнению А.В. Решетникова, медицину как социальный институт следует рассматривать в качестве совокупности общих для всех медицинских организаций ролей врачей и пациентов. Социальная роль врача изначально находится на более высоком уровне иерархии относительно роли пациента; вместе эти роли формируют своеобразную управленческую «вертикаль».

Неравенство врача и пациента обуславливает необходимость для успешного протекания лечебного процесса присутствия у врача определённых личностных качеств, таких, как чуткость, отзывчивость,

искренность, доброжелательность, вежливость. Благодаря этим качествам, врач остаётся ведущей фигурой в медицине при всей её компьютеризации и технической оснащённости.

Ещё в древних манускриптах Аюрведы указывалось, что можно бояться отца, матери, друзей, учителя, но не должно присутствовать страха перед врачом, который должен быть добрее и внимательнее к пациенту.

В 1836 г. И.Е. Дядьковский писал: «Самым важнейшим средством, в коем нуждаются страждущие, есть нравственная сила убеждения».

К концу XIX в. относятся слова Г.А. Захарьина: «Нет нужды объяснять, в каком тяжёлом положении находится врач, к которому не имеют доверия; ещё тяжелее положение пациента, вынужденного лечиться у врача, к которому нет доверия».

А уже в конце XX века писал И.В. Богорад: «Вряд ли найдётся ещё профессия, которой бы так повезло, как врачебной, с точки зрения внимания к ней со стороны общества. Это и понятно. Ведь на руках врача человек рождается, на его руках уходит в небытие».

По мнению видного англ. психиатра М. Балинта: «Врач уже сам по себе является лечебным средством, необходимо только принимать во внимание "дозировку" и "побочное действие" его личности».

В. Вересаев считал, что врач может обладать громадным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали своих назначений, но всё это останется бесплодным, если у него нет способности покорять и подчинять себе душу пациента. Даже великие люди при развитии заболевания иногда любят подчиняться.

Различают *два типа взаимоотношений в системе коммуникаций «врач-пациент»:*

- 1) авторитарно-директивная позиция врача – приводит к пассивности пациента,
- 2) «принцип партнёрства», уважение к личности пациента, эмпатическое отношение.

Тренировка в коммуникационных навыках помогает врачам действовать более эффективно в особо «чувствительных» аспектах взаимоотношений «врач-пациент», которые часто встречаются в практике. Эффективные коммуникации особенно важны в условиях крайне ограниченного количества времён для медицинских консультаций. В условиях очень напряжённого приёма пациентов в амбулаторных учреждениях (поликлинике) внедрение эффективных коммуникаций необходимо рассматривать как очень серьёзный фактор и как стратегию, призванную облегчить эти трудности.

#### **4.3.3. Коммуникации между уровнями и подразделениями**

Искусство и успех делового общения во многом определяются теми нормами и принципами, которые использует руководитель по отношению к

своим подчинённым: какое поведение на службе приемлемо, а какое – нет. Эти правила применимы к отдельным видам общения: «сверху-вниз» (руководитель – подчинённый), «снизу-вверх» (подчинённый – руководитель) и «по горизонтали» (сотрудник – сотрудник).

В коммуникациях «сверху-вниз», т.е. в отношении руководителя к подчинённому «золотое правило» этики можно сформулировать следующим образом: *«Относитесь к своему подчинённому так, как вы хотели бы, чтобы к вам относился руководитель»*. Искусство и успех деловой коммуникации во многом определяется теми нормами и принципами, которые использует руководитель по отношению к своим подчинённым.

Коммуникации «снизу-вверх». Знать, как следует обращаться и относиться к своему руководителю, не менее важно, чем то, какие требования следует предъявлять к своим подчинённым. Без этого трудно найти общий язык и с начальником, и с коллегами. Используя те или иные нормы, можно привлечь руководителя на свою сторону, сделать своим союзником, но можно и настроить его против себя, сделать своим недоброжелателем.

Коммуникации «по горизонтали». Общий этический принцип общения «по горизонтали», т.е. между коллегами (руководителями или рядовыми членами группы). Применительно к коллегам-управляющим следует иметь в виду, что найти верный тон и приемлемые нормы делового общения с равными по статусу сотрудниками из других подразделений – дело весьма непростое. Особенно если речь идет об общении и отношениях внутри одной организации. В этом случае они нередко являются соперниками в борьбе за успех и продвижение по службе. В то же самое время это люди, которые вместе с вами принадлежат к команде общего управляющего. Участники делового общения должны чувствовать себя равными по отношению друг к другу.

#### **4.3.4. Модели коммуникации здоровья**

В ходе исторического развития медицины функционировало *три основных парадигмы формирования лечебных задач, подчиняющих процесс коммуникации «врач-пациент» и определяющих его особенности*.

Первая. Лечение пациента по месту его нахождения, когда непосредственно на дому в зависимости от личных качеств пациента врач формировал те или иные лечебные задачи. Личный контакт обеспечивал восприятие врачом пациента как интегрированной психосоматической общности, у которой физические и эмоциональные нарушения неотделимы друг от друга. Основной целью общения врача с пациентом было выявить конкретные проблемы пациента, чтобы решить их на месте.

Вторая. С развитием больничной медицины парадигма формирования лечебных задач изменяется. С появлением больниц в распоряжение врача

поступает сразу ряд пациентов, при этом болезни как бы обособляются от отдельных лиц. У врача постепенно пропадает интерес к уникальным качествам человека в целом, и его заменяют сопоставительные исследования конкретных поражений органов и нарушений функций у разных людей в разных состояниях.

Третья. С появлением и развитием лабораторных медицинских исследований «общение» с пациентом сместилось в область химико-физиологических процессов. Болезнь стала восприниматься как отклонение этих процессов от нормы, которое подлежит объяснению в соответствии с неумолимыми законами естествознания. Быстро и пациент, а затем и врач были вытеснены из системы формирования лечебных задач. Несмотря на широкое использование лабораторных и инструментальных методов современной клинической медицины, общение врача с пациентом играет огромную роль в лечебно-диагностическом процессе.

Успех коммуникационного процесса обуславливает формирование доверия к врачу, представляет основу для успешной реализации услуги медицинского назначения («лечение словом»).

Зачастую пациенты, оценивая качество медицинских услуг, оказываемых в той или иной организации здравоохранения, ориентируются на доступные их пониманию потребительские аспекты: близость к месту проживания, своевременность оказания медицинской помощи, и, конечно же, отношение со стороны медицинского персонала.

Квалификация врача нередко оценивается пациентами по **деонтологическим аспектам**. Нетактичное отношение к пациенту, формальное общение с ним негативно отражаются на процессе взаимодействия врач-пациент и коррелируют с негативной оценкой пациентами деятельности организации здравоохранения в целом.

Американский специалист по медицинской этике **Р. Витч** выделяет четыре модели взаимоотношений между врачом и пациентом:

**1. Модель технического типа:** врач ведёт себя как «сантехник, который соединяет трубы и промывает засорившиеся системы, не мучаясь никакими моральными вопросами».

**2. Модель сакрального типа,** возникающая как противовес первой модели, превращающая врача в «священника, который более заботится о душе, чем о теле».

**3. Модель коллегиального типа** предполагает, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели – ликвидации болезни и защите здоровья пациента. Решающая роль принадлежит доверию. Эту модель ещё называют *совещательной*, основанной на доверии и взаимном согласии. В случае низкого уровня компетенции пациента (невысокий образовательный уровень) модель коллегиального типа функционирует в виде *интерпретационной модели* (убеждающий врач).



**4. Модель контрактного типа** основана на контракте или соглашении. Она позволяет избежать отказа как от моральных норм со стороны врача (как в модели технического типа), так и от моральных ожиданий со стороны пациента (как в модели сакрального типа). Эта модель основана на *информированном согласии пациента*, и именно пациент в конечном счёте волен управлять своей судьбой. Модель контрактного типа ещё называют *информационной*, когда бесстрастный врач работает с полностью независимым пациентом.

В практике отечественного здравоохранения модели технического и сакрального типа практически не встречаются в чистом виде. Также редкой для Беларуси является модель контрактного типа. Отечественная медицинская практика выработала **две основные модели взаимоотношений в системе «врач-пациент»**:

**1. Патерналистская модель** – врач не только принимает на себя обязанности пациента, но и самостоятельно решает, в чём именно это благо состоит. Исключительно в компетенции врача находится решение, какую информацию о состоянии пациента и тактике лечения предоставлять. Т.о., свобода личности пациента значительно ограничена.

**2. Автономная модель** исходит из принципа автономии пациента, согласно которому вся врачебная деятельность строится на основе равноправного диалога с пациентом. Информировать пациента – обязанность врача (*принцип информированного согласия*).

По данным медико-социологических исследований, врачи преимущественно реализуют *событийную модель информированного согласия*, когда после оценки состояния пациента и его информирования врач ставит диагноз и составляет план обследования (лечения). Пациенты же настроены на *процессуальную модель информированного согласия*, основанную на том, что принятие медицинского решения – длительный процесс и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом.

Автономная модель взаимоотношений «врач-пациент» закреплена в законодательстве Республики Беларусь о здравоохранении. Тем не менее, полное использование автономной модели на практике ограничивается компетентностью пациентов, зависящей от уровня общей культуры, психоэмоционального состояния, медицинской грамотности, степени информированности пациента о собственном состоянии и пр. Невозможно применить автономную модель в ситуациях, представляющих непосредственную угрозу жизни пациента и требующих незамедлительного медицинского вмешательства: экстренная операция, реанимационные мероприятия. Поэтому в практике здравоохранения выделяют третью, пограничную модель взаимоотношений «врач-пациент»:

**3. Модель ослабленного патернализма** – допускает частичное ограничение свободы личности в тех случаях, когда автономия последней

снижена. Например, это происходит при необходимости удержания пациента от нанесения себе или другим существенного ущерба (психические заболевания, наркоманические галлюцинации и пр.), а также в педиатрической практике.

По данным российских авторов, при выборе модели взаимоотношений в системе «врач-пациент» для пациентов наименее предпочтительна модель технического типа, на втором месте «с конца» оказалась модель контрактного типа, затем следовала модель патерналистского типа и наиболее предпочтительной оказалась коллегиальная модель. Врачи так же, как и пациенты, считали модель технического типа наименее редко используемой, однако характерно, что врачи с небольшим (менее 10 лет) стажем использовали модель технического типа в 2 раза чаще их опытных коллег. Не пользовалась популярностью у врачей и модель контрактного типа (на втором месте «с конца», как и у пациентов, несколько чаще её предпочитали молодые врачи). Следующей по частоте использования оказалась патерналистская модель, и наиболее популярной – коллегиальная. В то же время коллегиальная модель ограничено использовалась в хирургической практике в связи с недостаточной и неправильной, по мнению врачей, информированностью пациентов. Анализ данных опроса врачей показал, что врачи считают, что предоставляют пациентам достаточный объём информации. В то же время, такое мнение в значительной мере противоречит их же утверждениям о полноте информированности пациентов: согласно ответам врачей (особенно хирургов), три четверти пациентов не информированы или недостаточно информированы, а половина пациентов информирована неправильно. Авторы установили также, что около 67% пациентов так или иначе прибегают к самолечению, что объясняется их недостаточной информированностью. Позиции врачей и пациентов в вопросе необходимости информирования не совпали: врачи считают, что предоставляют информацию в достаточном объёме, пациенты отрицают это и прибегают к разного рода информационным источникам (в первую очередь, к СМИ) и последующему самолечению.

Декларируя приверженность коллегиальной модели взаимодействия «врач-пациент», ряд врачей, в первую очередь, хирургов, на практике ориентированы на патерналистскую модель взаимодействия. Характерную именно для хирургических специальностей опасность отнесения пациента как личности на второй план отмечают и зарубежные авторы. Исследования Т. Близенера и Дж. Сигриста показали, что в хирургических отделениях среднестатистическая продолжительность обхода составляет от 48 секунд до 3 минут. При этом врач делает около 40 высказываний, пациент – около 25, остальной медперсонал (между собой) – около 15. Большая часть того, что говорит пациент, является ответом на инициативы врача, так что практически во время обхода пациент может задать только

один вопрос. Д. Хак и Ф. Де Боер отмечают, что большое количество операций и недостаток времени формируют «анатомический» подход к пациенту и не способствуют установлению контакта. В то же время врачи амбулаторно-поликлинических учреждений, в силу кратковременности амбулаторного приёма, склонны к автоматической работе, что также не способствует созданию контакта между врачом и пациентом.

#### **4.3.5. Организация коммуникационного процесса. Элементы и этапы процесса коммуникации. Кодирование и выбор канала коммуникации.**

##### **Передача информации и декодирование. Обратные связи и помехи**

**Коммуникативный процесс** представляет собой необходимую предпосылку становления, развития и функционирования всех социальных систем, потому что именно он обеспечивает связь между людьми и их общностями, делает возможной связь между поколениями, способствует накоплению и передаче социального опыта, его обогащению, распределению труда и обмену его продуктами, организации совместной деятельности, трансляции культуры. На приоритетные позиции в мире начинают выходить страны, которые, опираясь на новейшие научные и технические идеи, реализуя их в разнообразных потоках информации и соответствующих технических средствах, движутся быстрее других к созданию и эффективному использованию коммуникативных систем и сетей, к их практическому применению в процессах управления. Существуют различные модели организации коммуникационного процесса. Рассмотрим важнейшие из них.

**Т. Парсонс** в процессе коммуникации выделил следующие элементы:

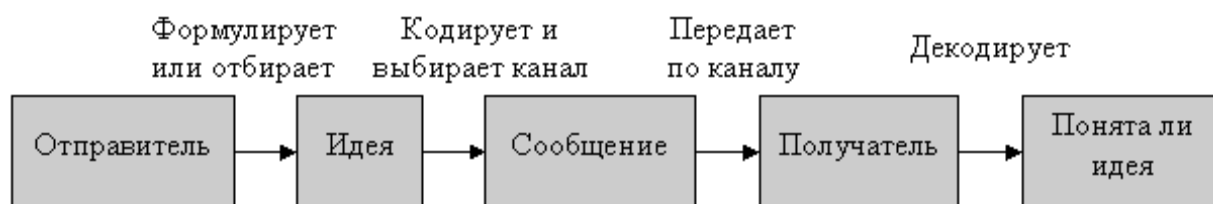
1. действие коммуникатора (актора, носителя информации);
2. ответная реакция реципиента;
3. содержание коммуникативного процесса;
4. взаимные роли, связывающие между собой участников коммуникативного взаимодействия.

Широко распространена *линейная модель коммуникации Г. Лассуэла*, включающая следующие 5 элементов:

1. Кто? (передаёт сообщение) – коммуникатор
2. Что? (передаётся) – сообщение
3. Как? (осуществляется передача) – канал
4. Кому? (направлено сообщение) – аудитория
5. С каким эффектом? – эффект, эффективность передачи

Однако данные модели не могут отразить всей сложности и полноты коммуникативной культуры.

Схематично модель коммуникативного процесса можно представить следующим образом:



**1. Зарождение идеи.** Формирование отправителем идеи, отбор информации, формулирование значения или смысла того, почему и что нужно передать другому участнику процесса.

*Источник сообщения, создатель сообщения.* Источником может быть лицо (*коммуникатор*), организация, группа лиц или индивид, передающие это сообщение.

*Коды* – символы или знаки (это сама речь), переводящие сообщение на язык, понятный получателю. В качестве кодов используются вербальные и невербальные средства коммуникации.

*Сообщение* – информация или закодированная идея, т.е. то, что передает источник получателю. Сообщения состоят из знаков различного рода (вербальных и невербальных).

*Коммуникант* (реципиент, адресат, получатель) – лицо, или группа лиц, массовая аудитория, которым направлено сообщение.

**2. Кодирование и выбор канала.** Кодирование – это трансформирование передаваемого сообщения в послание или сигнал, который может быть передан, обеспечивающий оптимальную передачу сигнала по определенному каналу коммуникации. Отправитель должен с помощью символов (слов, интонации или жестов) закодировать идею. Такое кодирование превращает идею в сообщение. К общеизвестным каналам относятся передача речи и письменных материалов, электронные средства связи, включая компьютерные сети, электронную почту, видеоленты и видеоконференции. Обмен информацией будет не эффективен, если канал связи не соответствует зародившейся идее. Желательно, чтобы выбор средства передачи сообщения не ограничивался одним каналом. Передача информации, например, с использованием средств обмена устной и письменной информацией обычно эффективнее, чем, скажем, только обмен письменной информацией.

**3. Передача.** На третьем этапе отправитель использует канал для доставки сообщения (закодированной идеи или совокупности идей) получателю. Как только началась передача послания или сигнала, коммуникационный процесс выходит из-под контроля средства или человека, его пославшего. Отправленное сообщение назад вернуть уже нельзя.

Начинается этап получения передаваемой информации и понимания её значения. Того, кому было адресовано послание называют получателем. Это еще одна ключевая роль, выполняемая участником межличностной коммуникации для того, чтобы процесс состоялся. Роль получателя

закljučается не только в фиксации получения послания, но и в декодировании этого послания в понятное и приемлемое для него значение.

**4. Декодирование.** Декодирование – это перевод символов отправителя в мысли получателя. Оно включает восприятие (факт получения) послания получателем, его интерпретацию (как понял) и оценку (что и как принял). Передаваемая информация должна адекватно восприниматься получателем. Для этого кодирование и декодирование замыкается в единую цепь. Если символы, выбранные отправителем, имеют точно такое же значение для получателя, последний будет знать, что именно имел в виду отправитель, когда формулировалась его идея. Т.о., коммуникант должен уметь: быстро выделить тематику информации по ключевым словам; правильно интерпретировать начало сообщения и, следовательно, предвосхищать его развертывание; восстановить смысл сообщения, несмотря на пропущенные элементы; правильно определить замысел высказывания.

Однако есть причины, по которым получатель может придать сообщению несколько иной смысл, чем тот, который вложил отправитель.

**5. Обратная связь и помехи.** Перед тем как обсуждать различные препятствия на пути обмена информацией, необходимо усвоить две важные концепции – обратной связи и помех. Обратная связь – это реакция на услышанное, увиденное или прочитанное.

При обратной связи информация отсылается назад отправителю, свидетельствуя о мере понимания, доверия к сообщению, усвоения и согласия с сообщением. Эффективный обмен информацией должен быть двусторонне направленным: обратная связь необходима, чтобы понять, в какой мере сообщение было воспринято и понято. Главное в коммуникационном процессе – не просто обмен информацией между двумя и более людьми, а обмен смыслом, содержанием информации. Обратная связь повышает шансы на эффективный обмен информацией.

**Помехи** – это любое вмешательство в процесс коммуникации на любом из его участков, искажающее смысл послания. Источниками помех могут быть язык, различия в восприятии, из-за которых изменяется смысл при кодировании и декодировании. Определённые помехи присутствуют всегда. И поэтому на каждом этапе процесса обмена информацией происходит некоторое искажение смысла. Высокий уровень помех определённо приведёт к заметной утрате смысла и может полностью блокировать попытку установления информационного обмена.

#### **4.3.6. Преграды на пути межличностных коммуникаций**

Любое искажение информации называется *шумами (барьерами)*. Шум источника + шум получателя = семантический. **Семантический шум** – это неправильное использование языка/иных символов (иностранцы); это

субъективная интерпретация языковых или иных символов. **Механический шум** – шум канала, который связан с техническими потерями информации из-за несовершенства канала, технических проблем при кодировании и декодировании.

**Барьеры коммуникации** – помехи, мешающие осуществлению контактов и взаимодействию между коммуникатором и реципиентом. Они препятствуют адекватному приему, пониманию и усвоению сообщений в процессе осуществления коммуникативных связей.

**Технические помехи.** Источником таких помех является сам канал коммуникации (факс, телефон) и его технические неисправности.

**Психологические помехи** связаны с отношениями между коммуникатором и реципиентом, их установками к каналу информации, способам, содержанию и форме сообщения.

**Психофизиологические помехи** возникают из-за сенсорных способностей, особенностей человеческого восприятия, способности человеческого мозга к запоминанию и переработке информации.

**Языковые помехи** возникают на фонетическом и семантическом уровне. На фонетическом – из-за неразличимости звуков, плохого произношения, неприятия темпа речи, а на семантическом – по причине непонимания обозначенного смысла.

**Социальные помехи** выражены в принадлежности коммуникантов к разным социальным группам, они обусловлены социальными нормами, запретами, ограничениями в получении информации.

**Культурно-национальные помехи.** Особенности в межнациональных коммуникациях обусловлены различиями в традициях, нормах, ценностях, оценке различных форм коммуникаций, реакции на полученную информацию.

Неправильное или неполное понимание содержания сообщения может быть вызвано как недостаточностью, так и избыточностью информации, заложенной в сообщении. Недостаточность информации восполняется путём применения повторных запросов или же домысливается, достраивается. Проблемы информационных перегрузок решаются путём регулирования, фильтрации, постановки на очередь сообщений. Уменьшению искажения информации способствует также устранение посредников в потоках информации.

#### **4.3.7. Факторы повышения коммуникативной активности**

**Эффект коммуникации** заключается в изменении поведения коммуниканта, которые происходят в результате приёма сообщения. Эффект может быть положительным (коммуникация успешна) или отрицательным (когда поставленных целей коммуникатору достичь не удалось). Уменьшение любых коммуникативных барьеров повышает эффект коммуникаций. Эффективность внутриорганизационной

коммуникации зависит от множества факторов, которые могут быть подразделены на две большие группы – *индивидуальные* и *организационные*.

***Индивидуальные факторы повышения эффективности коммуникаций*** – это факторы, связанные с сотрудниками организации, их способностью и мотивацией участвовать в коммуникациях и достигать цели коммуникации, а также с уменьшением межличностных коммуникационных барьеров. К индивидуальным факторам повышения эффективности коммуникаций можно отнести:

- повышение коммуникативной компетентности сотрудников;
- выбор коммуникатором наиболее подходящего межличностного канала;
- близкие установки и знания у источника и адресата.

***Организационные факторы повышения эффективности коммуникаций*** – факторы, связанные со структурой и процессами в организации.

- регулирование информационных потоков, как во взаимодействии организации с внешней средой, так и внутри организации; при этом следует помнить, что факторы внешней среды, влияющие на деятельность организации, определяют внешние коммуникационные потребности организации, но и в то же время происходящие внутри организации обсуждения, собрания, телефонные переговоры, отправляемые служебные записки и отчёты во многом являются реакцией на возможности или проблемы, создаваемые внешним окружением;
- создание систем обратной связи, в том числе управленческие действия, способствующие формированию восходящих и боковых (горизонтальных) ветвей информационного обмена, созданию систем сбора предложений; выполняют функцию оповещения руководства о том, что делается на низших уровнях, о текущих или назревающих проблемах, предлагает возможные варианты исправления положения дел; например, создание групп сотрудников, которые регулярно собираются для обсуждения и решения проблем в производстве или обслуживании потребителей; обмен информацией по восходящей обычно происходит в форме отчётов, предложений и объяснительных записок;
- рассылка материалов информативного характера для применения внутри организации, многие организации используют для этого электронную почту, крупные организации могут иметь специальные издания, которые содержат информацию для всех сотрудников, куда входят статьи с обзором предложений по поводу управления, на темы охраны здоровья населения, нового вида лекарственной продукции или медицинских услуг, которые намечено предложить потребителям в скором времени, ответы руководства на вопросы рядовых сотрудников;

– применение достижений современной информационной технологии способствует совершенствованию обмена информацией в организациях, т.к. ускоряет многие процессы.

*Использование ряда факторов повышения эффективности коммуникаций*

<b>Некоторые факторы, влияющие на эффективность коммуникаций</b>	<b>Возможные способы повышения эффективности деловых коммуникаций</b>
<b>1.</b> Повышение коммуникативной компетентности участников коммуникации	Изучение теории; тренинги, деловые игры, проводимые на основе теоретических знаний, а также практический опыт деловых коммуникаций и анализ конструктивности коммуникаций
<b>2.</b> Правильный выбор межличностного коммуникационного канала: – канал непосредственного общения лицом к лицу;	Лучше всего подходит для передачи неоднозначных сообщений, нуждающихся в разъяснениях, а также нестандартных, информационно-ёмких сообщений.
– интерактивный коммуникационный канал;	Телефон, электронные виды связи ускоряют коммуникацию, это наиболее быстрые каналы. Подходят для информационно-ёмких сообщений, но несколько менее объёмных и многозначных, чем в предыдущем канале.
– личные письменные коммуникационные каналы;	Записки, письма и т.п. – подходят для относительно ёмких, но не перегруженных информационно сообщений.
– безличные письменные коммуникационные каналы	Отчёты, бюллетени и т.п. – подходят для рутинных, четких, простых сообщений
<b>3.</b> Совершенствование организации коммуникационного процесса	Налаживание, постоянное поддержание и контроль обратной связи. Уменьшение возможных коммуникационных барьеров. Регулирование информационных потоков
<b>4.</b> Учёт особенностей получателя информации: – наличие ожиданий, потребностей, особенностей восприятия;	При совпадении коммуникации с ожиданиями и потребностями получателей информации она эффективна.
– установки и знания у источника и адресата;	При несовпадении нужна предварительная подготовка, доп. коммуникации.
– понимание целей деятельности, существующих взаимосвязей и проблем, требований конкретной ситуации	Нужно понимание образа мышления, особенностей восприятия сотрудников
<b>5.</b> Планирование и предварительная подготовка сложных, проблемных коммуникаций	Предварительный анализ имеющейся информации, выработка вариантов взаимоприемлемых решений, составление плана выступления, совещания, переговоров и т.п.

**Факторы повышения коммуникативной эффективности «врача-пациента»:**

1. принадлежность врача к реальной «авторитетной» группе.



2. привлекательность внешнего вида врача (аккуратная ли причёска, расчёсан ли, выглажен ли, выбрит ли, застёгнут ли на все пуговицы и др.);
3. доброжелательное отношение к адресату воздействия (пациенту) (улыбка, приветливость, простота в обращении и др.);
4. компетентность специалиста;
5. искренность, причём, если слушающий доверяет говорящему, то он очень хорошо воспринимает и запоминает выводы и практически не обращает внимания на ход рассуждений. Если же доверия меньше, то к выводам он относится прохладнее, зато очень внимателен к аргументам и ходу рассуждений.

#### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Способы установления здорового морального климата в медицинском коллективе.
2. Способы повышения коммуникативной эффективности в диаде «врач-пациент».
3. Исторические формы моделей взаимоотношения врача и пациента.
4. Патернализм врача: плюсы, минусы.

### **4.4. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ УСПЕШНОГО МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ**

- 4.1.1. Методы вербального и невербального общения.
- 4.1.2. Формирование навыков межличностного общения (активное слушание, ведение беседы, типы вопросов, обратная связь).
- 4.1.3. Медицинские коммуникации.
- 4.1.4. Роль консультирования пациентов в соблюдении режима лечения и приверженности к нему.
- 4.1.5. Совершенствование искусства общения.

#### **4.1.1. Методы вербального и невербального общения**

**Общение** представляет собой процесс, включающий в себя передачу и обмен информацией, взаимодействие и взаимопонимание людей в сложившейся системе общественных отношений (Г.М. Андреева).

Передача любой информации возможна лишь посредством знаков, точнее, знаковых систем. Существует несколько знаковых систем, которые используются в коммуникативном процессе. Различают вербальное и невербальное общение, использующее различные знаковые системы, соответственно, выделяют вербальные и невербальные средства общения.

**Вербальное общение** использует в качестве знаковой системы человеческую речь, естественный звуковой язык, т.е. систему

фонетических знаков, включающую два принципа: лексический и синтаксический.

Речь является самым универсальным средством коммуникации. При помощи речи осуществляются кодирование и декодирование информации: коммуникатор (передающий информацию, говорящий) в процессе говорения кодирует, а реципиент (принимающий информацию, слушающий) в процессе слушания декодирует эту информацию.

При использовании речи из 100% задуманного коммуникатор выражает около 80%. В случае если при передаче сообщения нет никаких помех, реципиент принимает около 60%, исходя из особенностей своего внимания. Восприятие смысла сказанного составляет около 50% и усваивается только 40% речевой информации. Это обстоятельство требует интенсивного использования в вербальной коммуникации *механизма обратной связи*, с помощью которого коммуникатор получает информацию от реципиента не только относительно того, понимает ли он «что ему говорят», но и информацию о том, как слушающий воспринимает говорящего.

Главное назначение вербального общения – установление, поддержание, развитие осмысленного информационного контакта.

В системе межличностных отношений очень важным является **невербальное общение**, которое связано с психическими состояниями человека и служит средством их выражения.

По оценке Мерабяна (1972) только 7% содержания сообщений передается смыслом слов, 38% информации определяется тем, как эти слова произносятся (интонация), 55% – понимания информации обеспечивают невербальные каналы.

В невербальной коммуникации выделяют 4 подсистемы:

1) *акустическая подсистема*:

- качество голоса коммуникатора: тембр, высота, громкость;
- интонация, темп речи, фразовые и логические ударения, предпочитаемые им, речевые паузы, покашливания, плач, смех.

Голос в разных культурах также имеет большое значение.

Так, спокойный голос способствует снятию напряжения у собеседника, а «взвинченный» голос воспринимается как признак агрессивности.

2) *визуальная подсистема*:

- кожные реакции,
- средства преобразования природного телосложения,
- жесты (кинесика), мимика и позы (пантомимика),
- пространственно-временная организация общения (проксемика)
- *тактильная подсистема* (такесика) :
- прикосновения, пожатие руки, объятия, поцелуи и т.п.

о *ольфакторная подсистема*:

- восприятие естественных и искусственных запахов человека.

#### 4.1.2. Формирование навыков межличностного общения

Среди навыков межличностного общения важным является умение слушать.

Можно выделить следующие **виды слушания**: рефлексивное (активное), нерефлексивное (пассивное), эмпатическое.

**Рефлексивное слушание** – это искусство понимания. Процесс расшифровки смысла сообщений, выяснения реального значения сообщения.

**Нерефлексивное (пассивное) слушание** – это умение внимательно молчать, не вмешиваясь в речь собеседника своими замечаниями.

**Эмпатическое слушание** позволяет переживать те же чувства, которые переживает собеседник, отражать эти чувства, понимать эмоциональное состояние собеседника и разделять его.

К необходимым навыкам межличностного общения также относят владение приёмами ведения беседы, постановку вопросов и установление обратной связи.

**Беседа** – это разговор, обмен мнениями (С. И. Ожегов), направляемое участниками неформальное, неподготовленное взаимодействие, являющееся последовательным взаимообменом мыслями и чувствами между двумя и более людьми (Р. Вердербер, К. Вердербер, 2007, с. 395).

Выделяют несколько **приемов ведения беседы**.

**Прием выяснения** состоит в обращении к говорящему за некоторыми уточнениями.

**Перефразирование** – собственная формулировка сообщения говорящего для проверки его точности.

**Резюмирование** – это подведение итогов.

В процессе беседы для получения необходимой информации можно использовать несколько **видов вопросов**.

**1. Закрытые вопросы.** Это вопросы, на которые ожидается ответ «Да» или «Нет».

**2. Открытые вопросы.** Они требуют какого-то пояснения, свободного, развернутого ответа. Это так называемые вопросы «Что?», «Кто?», «Как?», «Сколько?», «Почему?».

**3. Информационные вопросы.** Эти вопросы относятся к вопросам открытого типа и их цель – активизировать информацию, способную заинтересовать и сгруппировать вокруг себя различные мнения.

**4. Риторические вопросы.** Эти вопросы не предполагают прямого ответа, так как их цель – вызвать новые вопросы и указать на нерешенные проблемы.

Для межличностного общения характерен **механизм обратной связи**.

Содержание данного механизма состоит в том, что в межличностной коммуникации процесс обмена информацией как бы удваивается, помимо

содержательных аспектов, информация, поступающая от реципиента к коммуникатору, содержит сведения о том, как реципиент воспринимает и оценивает поведение коммуникатора. Отсюда, пациент не только оценивает информацию, которая транслируется ему врачом, но и оценивает его поведение.

#### 4.1.3. Медицинские коммуникации

В настоящее время вопросы взаимоотношений медицинского работника и пациента, а также безопасность медицинской практики является наиболее актуальными. В основе оказания медицинской помощи лежит **доверие** между пациентом и медицинским работником.

Повышение доверия пациента к медицинским работникам и его общую удовлетворенность качеством медицинской помощи можно достичь путем повышения знаний и практических навыков в области межличностной коммуникации между медицинским работником и пациентом.

**Доверительная атмосфера** создает более искренние и устойчивые отношения пациента с медицинским работником, пациент будет расположен к более откровенному обсуждению особенностей своего поведения в связи со многими хроническими заболеваниями, требующими длительного лечения, изменения стиля поведения.

Подобные отношения предполагают диалог и создание таких отношений между пациентом и врачом, которые способствуют обсуждению и решению проблем, связанных со здоровьем.

Можно выделить следующие **модели общения врача и пациента**:

- 1) информационная (бесстрастный врач, полностью независимый пациент);
- 2) интерпретационная (убеждающий врач);
- 3) совещательная (доверие и взаимное согласие);
- 4) патерналистская (врач-опекун).

Патерналистская модель, распространенная ранее, предполагает нарушение прав пациента и в наши дни не применяется, за исключением ситуаций, представляющих непосредственную угрозу жизни больного, когда речь идет об экстренной операции, реанимационных мероприятиях.

В настоящее время врач и пациент сотрудничают, делятся сомнениями, говорят друг другу правду, поровну делят ответственность за исход лечения.

Такое сотрудничество строится на поддержке, понимании, сочувствии, уважении друг к другу. Оно включает в себя **3 основных условия успешного терапевтического контакта** (К. Роджерс):

- 1) безусловное, безоценочное принятие (врач полностью принимает пациента таким, какой он есть, внимательно слушает, реагирует на сказанное им, но не оценивает);

2) эмпатия (умение точно воспринимать чувства собеседника и сопереживать им);

3) конгруэнтность (умение осознавать и выражать свои собственные чувства в текущий момент).

Само присутствие внимательного, открытого, понимающего собеседника помогает человеку справиться с тревогами, вселяет уверенность в своих силах и помогает найти путь преодоления волнующей его проблемы.

#### **4.1.4. Роль консультирования пациентов в соблюдении режима лечения и приверженности к нему**

Медицинские работники, постоянно общаясь с пациентами, вступают с ними в коммуникативный процесс – занимаются **консультированием**, считая его одним из основных условий достижения терапевтического успеха.

Консультирование не может быть успешным без уверенности пациента в том, что вся информация будет конфиденциальна, что его внимательно выслушают и при этом не будут осуждать, пациент также должен быть уверен, что он понимает, о чем идет речь.

Для врача консультирование будет успешным, если он убедился, что пациент не только понял, но и принял предложенный план действий и будет ему следовать.

Консультирование помогает отказаться от такой модели взаимоотношений между врачом и пациентом, когда вся ответственность за принятые решения лежит на враче.

Современная медицинская практика формирует такой тип взаимоотношений, когда врач и пациент действуют на основе совместного согласия, основанного на взаимном доверии, а в случае выбора он основан на системе ценностей пациента и принципе информированного согласия.

Двусторонняя коммуникация дает лучшие результаты: большинство пациентов хотят принимать участие в терапевтическом процессе.

Участвуя в планировании своего лечебного процесса, они также принимают ответственность в его осуществлении и чаще его придерживаются.

Однако в ряде исследований показано, что далеко не все больные действительно хотят проявлять активность и брать на себя такую ответственность. Чаще всего это бывает тогда, когда оказывается, что нужно продолжать лечение и после устранения симптомов.

Несоблюдение пациентами врачебных назначений приводит к серьезным последствиям и существенно снижает эффективность лечения, создает проблему бессмысленности разработки новых подходов к терапии больных (Г.М. Биккина, 2007).

В связи с этой проблемой возрастает роль консультирования, с помощью которого повышается правильность выполнения пациентом рекомендаций врача, повышается его «*комплаентность*», «*комплаенс*» (от англ. compliance – уступчивость, податливость), приверженность терапии. Результаты лечения пациентов и исход заболевания достоверно зависят от соблюдения полного комплаенса лечения.

Степень приверженности пациентов к лечению зависит от субъективно-объективных факторов: от личностных особенностей пациента, профессионализма врача и выполнения им этических правил, а также от органов здравоохранения.

Регулярный анализ комплаенса лечения у пациентов с различными заболеваниями и необходимость в постоянной коррекции его составляющих должны стать одним из стимулов повышения эффективности лечения.

#### **4.1.5. Совершенствование искусства общения**

*Для улучшения межличностных коммуникаций существует ряд способов, которые необходимо использовать.*

*1. Поясняйте свои мысли перед началом их передачи.*

Вам необходимо систематически анализировать и обдумывать вопросы, проблемы или идеи, которые вы хотите сделать объектом передачи.

*2. Будьте восприимчивы к потенциальным семантическим проблемам.*

Исключите из сообщения двусмысленные слова или утверждения.

*3. Следите за языком собственных жестов, поз и интонациями.*

Для улучшения межличностных коммуникаций лучше использовать открытые жесты, которые в среднем на 30% повышают качество воспринимаемой информации.

Интонации голоса могут значительно повысить понимание передаваемой информации.

Язык жестов, поз и интонаций необходим еще и для того, чтобы не посылать противоречивых сигналов. Это не только затрудняет процесс восприятия информации, но и может привести к формированию чувства недоверия к собеседнику.

*4. Используйте эмпатию и конгруэнтность.*

**Эмпатия** – это внимание к чувствам других людей, готовность «влезать в их шкуру».

Эмпатия при обмене информацией подразумевает поддержание открытости в разговоре.

Конгруэнтность – это переживание своих собственных чувств, открытость себе и другим людям.

Эмпатия наряду с конгруэнтностью и безусловно положительном отношении к собеседнику в настоящее время рассматривается как важнейший фактор, формирующий доверие к собеседнику и повышающий качество коммуникативного процесса. При этом необходимо стараться избегать скороспелых суждений, оценок и стереотипов.

#### *5. Добивайтесь установления обратной связи.*

С помощью прямой обратной связи можно не только понять передаваемую информацию, но и узнать отношение к себе собеседника.

Косвенная обратная связь позволяет в завуалированной форме передать партнеру необходимую психологическую информацию.

В данном случае коммуникатор должен сам догадываться, что именно хотел сказать ему партнер по общению, какова же на самом деле его реакция и его отношение к коммуникатору.

Существует ряд способов установления обратной связи. Один из них – задавать вопросы после передачи информации. Еще один способ – оценка языка поз, жестов и интонаций получателя информации.

Обратную связь можно также установить путем контроля первых результатов работы. Соответствующая информация позволит вам оценить, в какой мере воплощается то, что вы намеревались сообщить.

### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Роль вербального общения в коммуникативном процессе.
2. Невербальное общение как важнейший источник информации о собеседнике.
3. Рефлексивное слушание как искусство понимания.
4. Молчание – золото!
5. Приёмы ведения беседы.
6. Межличностное общение и механизм обратной связи.
7. Модели общения врача и пациента.
8. О влиянии полного комплаенса лечения на его результат.
10. Способы улучшения межличностных коммуникаций.

## **4.5 МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ КОММУНИКАЦИИ**

4.5.1. Общие принципы эффективного общения. Формирование и развитие коммуникативных навыков, необходимых для эффективного общения врача с пациентами, родственниками пациентов и коллегами в различных ситуациях.

4.5.2. Вербальные и невербальные средства общения с пациентом.

4.5.3. Основные психологические детерминанты развития коммуникативной компетентности врача.

4.5.4. Базовые коммуникационные навыки взаимоотношений «врач – пациент»: адекватное вещественное окружение, приветствие пациентов,

активное слушание, эмпатия, уважение, заинтересованность, теплота и поддержка, язык, взаимоотношение сотрудничества, закрытое интервью, навыки сбора информации, молчание, управление потоком информации, суммирование.

4.5.5. Медицинское интервью и базовые коммуникативные навыки его проведения.

#### **4.5.1. Общие принципы эффективного общения. Формирование и развитие коммуникативных навыков, необходимых для эффективного общения врача с пациентами, родственниками пациентов и коллегами в различных ситуациях**

Эффективность коммуникационного процесса при межличностных коммуникациях определяется рядом **факторов**, среди которых основными являются следующие.

– **Восприятие:** люди по-разному воспринимают одну и ту же информацию. На процесс восприятия информации влияют компетентность адресата, накопленный опыт, интересы, социальные установки, эмоциональное состояние, а также контекст, в котором эта информация была передана. Поэтому информация воспринимается людьми избирательно. На коммуникативный процесс при межличностном общении оказывает влияние степень открытости, доверия, предвзятость.

– **Некачественная обратная связь:** неточности, возникшие в понимании передаваемой информации по вине различий в восприятии, семантических неточностей или неверно истолкованной невербальной символики устраняются при качественной обратной связи. Некачественная обратная связь приводит к нарушению межличностных коммуникаций.

– **Плохое слушание.** Потеря коммуникационного контакта между врачом и пациентом нередко происходит по причине переноса беседы в профессиональное, не понятное пациенту пространство. Например, пациент эмоционально описывает своё заболевание, а врач, быстро определив происшедшее с пациентом, просто констатирует диагноз или произносит конкретный медицинский термин. В результате пациент как бы теряет связь с тем, о чём он говорит, и превращается в стороннего наблюдателя. При этом врач, порой неосознанно, подчёркивает преимущество своей социальной роли. Исследуя частоту прерываний можно прийти к выводу, что зачастую врачи просто не слушают пациента.

Выделяют 3 типа манеры слушания:

- 1) **внимательный слушатель**, который правильно оценивает ситуацию, создаёт атмосферу беседы, располагает собеседника к высказыванию;
- 2) **пассивный слушатель**, внешнее и внутреннее безучастие которого к беседе вызывает у собеседника апатию и нежелание продолжать общение;



3) **агрессивный слушатель**, вербально и невербально способствующий появлению у собеседника ответной агрессивной реакции.

**Кит Дэйвис** приводит *10 правил-наставлений по искусству эффективно слушать*, успешно использующихся в практике менеджмента:

- 1) перестаньте говорить;
- 2) помогите говорящему раскрепоститься;
- 3) покажите говорящему, что Вы готовы слушать;
- 4) устраните раздражающие моменты;
- 5) сопереживайте говорящему;
- 6) будьте терпеливы, не экономьте время;
- 7) сдерживайте свой характер;
- 8) не допускайте споров или критики;
- 9) задавайте вопросы;
- 10) перестаньте говорить.

Первое и десятое наставление в этом перечне одинаковы, ибо автор утверждает, что именно умение эффективно слушать – основа успеха коммуникации.

Ключевые **навыки эффективной коммуникации** в области здравоохранения включают в себя следующие правила:

- эффективно и четко говорить с пациентами, персоналом, коллегами при передаче и получении предназначенных сообщений;
- позволить пациентам эффективно общаться;
- эффективно слушать при недостатке времени, а именно в начале и в конце разговора;
- выявлять потенциальные трудности общения и работать до достижения результатов;
- понимать, как использовать и получать несловесные сигналы на языке тела;
- использовать устные, письменные и электронные методы коммуникации;
- знать, когда полученная информация должна быть передана другому лицу/профессионалу для действий;
- признавать необходимость дальнейшего развития в приобретении навыков общения.

На внимание больше всего влияют следующие **факторы**: актуальность и важность информации, её новизна, нестандартность подачи, неожиданность, интенсивность передачи информации, звучность голоса и его модуляция. Если человек избегает, уклоняется от контакта с собеседником, или прилагает все усилия, чтобы не воспринимать сообщение (невнимателен, не слушает, не смотрит на собеседника, использует любой предлог для прекращения разговора), то *нужно разрешить две взаимосвязанные проблемы*:

1) **привлечь внимание;**

2) **удержать внимание.**

**Привлечь внимание** можно при использовании трёх основных приёмов:

1. **Приём «нейтральной фразы».** В начале выступления, беседы произносится фраза, прямо не связанная с основной темой, но по каким-либо причинам имеющая смысл, значение, ценность для собеседника или для всех присутствующих (место рождения, последний просмотренный фильм, телевизионная передача, прочитанная книга, увлечения и др.);

2. **Приём «завлечения».** Говорящий произносит нечто, что трудно воспринимается, например, говорит очень тихо, монотонно или неразборчиво, а слушающему приходится прилагать специальные усилия, чтобы хоть что-то понять. Эти усилия и предполагают концентрацию внимания. В результате, говорящий как бы «завлекает» слушающего в свои «сети». Другими словами, говорящий провоцирует слушателя самого применить способы концентрации внимания, а потом их использует;

3. **Приём «зрительного контакта».** Говорящий обводит аудиторию взглядом, смотрит пристально на кого-нибудь, выбирает несколько человек в аудитории и кивает им и т.д.

Не менее важна и **проблема поддержания внимания**. Она решается рядом приёмов. Наиболее важные из них следующие:

1) **приём «изоляции»** (когда отводят собеседника в сторону, уединяются, закрывают двери и окна, делают замечания говорящим);

2) **приём «навязывания ритма»** (постоянное изменение характеристик голоса и речи, т.е. говоря то громче, то тише, то быстрее, то медленнее, то выразительно, «с нажимом», то скороговоркой, то нейтрально, говорящий как бы навязывает собеседнику свою последовательность переключения внимания). Этим приемом ликвидируется монотонность звучания;

3) **приём «акцентировки»** (употребление различных служебных фраз, призванных привлечь внимание, типа «*Прошу обратить внимание*», «*Важно отметить, что...*», «*Необходимо подчеркнуть, что...*» и др.).

Рамку в общении создают начало и конец разговора. Для эффективности общения целесообразно вначале указать цель, перспективы и предполагаемые результаты общения, а в конце разговора – подвести итоги, показать ретроспективу, отметить степень достижения целей. Причём в первичном общении наиболее важной частью является начало, а при неоднократном деловом общении – конец разговора. Во втором случае людей не так интересует, как проходили переговоры, беседа, как то, чем они закончились. Правило цепи основано на том предположении, что содержание общения не может быть бесформенной грудой разнообразных сведений, оно должно быть каким-то образом выстроено, соединено в цепь, «перечислено». Любая цепь, упорядочивая, связывая, организуя

содержание, как и рамка, выполняет сразу две задачи: во-первых, позволяет улучшить запоминание, во-вторых, помогает структурировать информацию в соответствии с ожиданиями собеседника.

Проблема логического непонимания возникает, если человек, с нашей точки зрения, говорит или делает что-то в противоречии с правилами логики; тогда мы не только отказываемся его понимать, но и эмоционально воспринимаем его слова отрицательно. При этом неявно предполагаем, что логика есть только одна – правильная, т.е. наша. Однако ни для кого не секрет, что существуют разные логики: женская, детская, возрастная и т.д. Каждый человек думает, живет и действует по своей логике, но вот в общении, если только эти логики не соотнесены или если у человека нет ясного представления о логике партнёра, возникает барьер логического непонимания.

#### ***Что важно помнить врачу в процессе коммуникации?***

1. Врачи часто забывают, что открытое пространство больничной палаты позволяет пациентам с соседних коек слышать истории других пациентов. При интервьюировании пациентов следует последовательно развивать отношения доверия.

2. Соблюдение конфиденциальности – важное условие, о котором не должен забывать врач в процессе коммуникации. В большинстве случаев разговоры «один на один» не являются проблемой. Проблемы возникают, когда люди хотят обсудить вопросы, связанные с другими людьми, обычно родственниками («*Меня очень волнует моя сестра, поэтому я хотела увидеть вас*»). Вы должны решить, где разумная дискуссия выходит за рамки раскрытия информации. Гарантия тайны необходима для пациента. При этом врач должен оставаться вежливым, но твёрдым («*Очевидно, я не могу обсуждать это дальше без разрешения А.*»).

3. Избегать медицинской терминологии. Пациенты могут не понять медицинскую терминологию и, что ещё хуже, использовать медицинские понятия неправильно. Используйте слова, которые пациент поймет! Слова могут иметь разные значения в различных контекстах.

#### **4.5.2. Вербальные и невербальные средства общения с пациентом**

Коммуникативные средства различаются по своей природе на следующие виды:

1. вербальная коммуникация (словесная) – слова, словосочетания, которые образуют *вербальные системы*;

2. невербальная коммуникация, которые образуют *невербальные системы*:

- коммуникация с помощью знаков;
- коммуникация с помощью жестов;
- коммуникация с помощью символов (буквенные, цифровые, изобразительные, цветные);

– коммуникация с помощью других паралингвистических средств (например, мимики, поз, телодвижения, особенности голоса (высота, громкость, тон и др.).

**Вербальная коммуникация** использует в качестве знаковой системы человеческую речь. **Речь** является универсальным средством коммуникации, поскольку при передаче информации при помощи речи менее всего теряется смысл сообщения. При использовании речи из 100% задуманного коммуникатор выражает около 80%. В случае, если при передаче сообщения нет никаких помех, реципиент принимает около 60%, исходя из особенностей своего внимания. Восприятие смысла сказанного составляет около 50% и усваивается только 40% речевой информации. Это обстоятельство требует интенсивного использования в вербальной коммуникации механизма обратной связи.

Главное назначение вербальной коммуникации врача – установление, поддержание, развитие осмысленного информационного контакта с пациентом.

#### ***Виды вербальной коммуникации:***

Письменная: определённость источника; постоянство информации; возможность адекватного донесения.

Устная: возможно невербальное подкрепление; можно отредактировать и уточнить. Информация может быть предметной (в зависимости от предмета) и модальной (показывает является ли то, о чём говорится, существенным, желательным, необходимым, возможным). Устноречевая коммуникация предполагает такие **формы**, как монолог, диалог и полилог.

**Монолог** может преследовать несколько целей: информировать слушателей (информационная речь – отчёт, выступление на митинге, доклад), пробудить определённые чувства и эмоции (убеждающая речь – реклама, торжественная речь, поздравительная, поминальная и др.), побудить их к определённым действиям (речь протеста, политическая речь). Монологическая речь всегда публична, чаще всего произносится при большом скоплении людей – на собраниях, конференциях, съездах и т.п. Монолог – это не просто речь при слушателях, а прежде всего для слушателей. Говорящий предъявляет как текст, так и самого себя аудитории, следит за реакцией слушающих и вносит коррективы на ходу выступления с учётом меняющейся ситуации. При этом положение слушателей сложное, поскольку по этикету они на протяжении всего выступления должны молчать и не вмешиваться в речь говорящего. Слушатели выражают безмолвно лингвистически и психологически с помощью невербальных или паралингвистических средств отношение к тому, что говорит выступающий. Благодарный или скучающий взгляд, понурые головы или поддакивающие кивки, свист и хохот, гробовая

тишина, зевота, гуд недовольства, гром рукоплесканий, демонстративный уход из зала – это сигналы обратной связи, контрдействия аудитории.

**Диалог** как форма речевой коммуникации представляет процесс взаимного общения, когда смена реплик отражает постоянную смену инициативы, ролей: говорящий становится слушающим, а слушающий – говорящим. Разновидности диалогической коммуникации: бытовой разговор, деловая беседа, собеседование, интервью, переговоры, спор. К примеру, диалог врача с пациентом может иметь три варианта диалога:

- 1) врач задаёт вопросы и получает ответы по существу дела;
- 2) врач задаёт вопросы и получает неопределённые ответы;
- 3) врач задаёт вопросы и получает ответы, не относящиеся к делу.

Наиболее типичен второй вариант диалога, особенно если пациент недостаточно образован либо испытывает боль и смущение. С третьим типом диалога медики сталкиваются, когда пациенты болезненно мнительны или стремятся подчеркнуть свою начитанность в области медицины.

**Полилог** предполагает наличие нескольких активных участников речевой коммуникации.

**Виды устноречевой коммуникации:** *говорение и слушание*. В ходе специальных исследований было установлено, что в среднем человек тратит 29,5% времени на слушание, 21,5% – на говорение, 10% – на письмо.

**Процесс говорения.** Умению говорить, или ораторскому искусству, обучали еще в античности. Оно предполагает умение точно формулировать свои мысли, излагать их доступным для собеседника языком, ориентироваться в общении на реакцию собеседника. Для успешного общения необходимо овладеть основами культуры речи.

**Виды говорения:** монологическое и диалогическое.

Речь врача в общении с пациентом, должна быть направлена на то, чтобы убедить собеседника в своей точке зрения и склонить к сотрудничеству. Убедительность определяется как психологическими факторами, самой атмосферой беседы, которая может быть благоприятной или неблагоприятной, доброжелательной или недоброжелательной, так и культурой речи. Культура речевого общения включает в себя, прежде всего, свободное владение языком. Любой естественный язык имеет сложную структуру (литературный язык, в котором выражена языковая норма; просторечие; профессиональная лексика; ненормативная лексика). Речевая культура в общении выражается в оценке уровня мышления собеседника, его жизненного опыта и в обращении к собеседнику на понятном для него языке. При разговоре нужно употреблять простые, ясные и точные слова, грамотно формулировать свою мысль. Недаром существует выражение «режет слух».

Высказывания без ориентации на собеседника относятся к *монологическому виду говорения*. Сумма потерь информации при монологе достигает 50%, а иногда – и 80% объема исходной информации, в связи с чем, особенно важно овладеть искусством *диалогического общения*, ресурсы которого чрезвычайно широки и многообразны. Диалог выступает методом познания другого человека. Особенно важно умение вести диалог для специалиста помогающей профессии, к которой относится профессия врача. Диалогическое общение предполагает умение задавать вопросы, способствующие максимальному сближению партнёров по общению.

**Процесс слушания** (см. ниже «*активное слушание*»). Неумение слушать – основная причина неэффективного общения, именно оно приводит к недоразумениям, ошибкам и проблемам. Некоторые думают, что слушать – значит просто помалкивать, но слушание – сложный процесс, требующий значительных психологических энергозатрат, определённых навыков и общей коммуникативной культуры.

Обычно под речью подразумевается её устная и письменная разновидности. Однако звуковой и графической реализацией языка не исчерпываются все возможные проявления речи, на которые способен человек. Так, глухорожденные люди используют пальцевую дактилологическую речь, слепорожденные люди воспринимают письменную речь тактильно с помощью пробитого в бумаге рельефно-точечного шрифта Брайля, а пишут с помощью специально оборудованных приборов, выдавливая текст грифелем.

В системе общения с пациентом очень важна **невербальная коммуникация**. Она связана с психическими состояниями человека и служит средством их выражения. Невербальное общение спонтанно, бессознательно. Невербальный язык показывает отношение к партнёру по общению, то, что человек думает и чувствует на самом деле, в отличие от вербальной коммуникации, представляющей фактическую информацию.

Невербальное поведение личности полифункционально:

- создает образ партнёра по общению;
- выражает взаимоотношения партнёров по общению, формирует эти отношения;
- является индикатором психических состояний личности;
- дополняет речь, замещает речь, репрезентирует эмоциональные состояния партнёров по коммуникативному процессу;
- выступает в роли уточнения, изменения понимания вербального сообщения, усиливает эмоциональную насыщенность сказанного;
- поддерживает оптимальный уровень психологической близости между собеседниками.

Невербальные сигналы несут в 5 раз больше информации, чем вербальные. Невербальная коммуникация опирается на 5 основных наук:

1) **Паралингвистика** – наука о звуковых кодах невербальной коммуникации. Паралингвистические компоненты – интенсивность, ритм, темп, высота звука. Экстралингвистические компоненты представляют собой индивидуальные особенности произношения – речевые паузы, смех, вздохи, плач, покашливание и т.п.

2) **Кинесика** – наука о жестах, жестовых движениях и мимике.

3) **Окулесика** – наука о языке глаз и визуальном поведении людей во время общения, «контакт глаз».

4) **Такесика**, или **гаптика**, – наука о языке касаний и тактильной коммуникации.

5) **Проксемика** – наука о пространстве коммуникации, его структуре и функциях; исследуется пространственное положение коммуникантов, их размещение относительно друг друга.

Умение «читать» невербальное сообщение собеседника профессионально значимое качество врача (!), которое позволяет осуществлять более точную диагностику *поведения диссимуляции*, при котором пациент сознательно скрывает симптомы своего заболевания. Анализ невербального поведения позволяет выделить характерные мимические реакции на боль, сдержанные жесты, статичные позы – признаки, свидетельствующие о наличии «охранительного» стиля поведения: минимальное количество движений позволяет ограничивать воздействие болевых раздражителей.

Наличие невербальных коммуникативных навыков врачу необходимо при работе с пациентом больным мутизмом (отсутствие речи) или «языковым барьере», когда врач и пациент, говоря на разных языках, не понимают друг друга. Мутизм встречается при различных заболеваниях, например, при шизофрении. Врач сталкивается с этим симптомом при стихийных бедствиях – землетрясении, наводнении, пожаре; у пациентов в состоянии шока; у лиц в ситуации угрозы для жизни; у ставших свидетелями гибели родных и близких. Вступая в контакт с такими пациентами, врач оценивает тяжесть поражений, степень срочности оказания медицинской помощи, ориентируясь лишь на видимые признаки повреждений, а также на невербальные характеристики поведения пациентов.

Развитие коммуникативных навыков требует и ситуация экспресс-диагностики, когда за небольшой промежуток времени врач должен обследовать большое количество пациентов. Врач должен быстро оценить наличие и тяжесть поражений, очередность оказания медицинской помощи, и с этой целью использует не только вербальную коммуникацию (расспрос пациента), но и невербальную, обращая внимание на мимические реакции, жесты, позы, возможные ограничения в движениях, связанные с травмой или с поражением внутренних органов. Навыки невербального взаимодействия могут быть полезны и при профессиональном

взаимодействии врача с маленькими детьми. Ребёнок часто испытывает затруднения при описании характера боли, не может определить её («колющая», «режущая», «давящая», «распирающая»). Маленькие дети часто затрудняются в установлении причинно-следственной связи между событиями: им трудно определить, связана ли боль с приёмом пищи, с физическими или эмоциональными нагрузками и т.д. Наблюдение за поведением ребенка может помочь врачу получить необходимую дополнительную информацию.

*Какие правила невербального общения желательно соблюдать?*

- старайтесь принять дружескую, открытую позу, когда стоите или сидите;
- старайтесь не вторгаться в личное пространство и не сохранять слишком большую дистанцию (примерно один метр справа), хотя может быть и по-другому, если проводится осмотр;
- расслабьте свои плечи, шейные и лицевые мышцы;
- постарайтесь не скрещивать руки поперек туловища, так как в такой позе вы можете показаться обороняющимся;
- подайтесь чуть вперёд, чтобы показать, что вы слушаете;
- кивайте головой и поощряйте улыбкой пациента для продолжения разговора;
- не держите свою спину и плечи слишком прямо, т.к. вы можете показаться агрессивным;
- не сутультесь, так как вы можете показаться заскучавшим или не заинтересованным;
- избегайте играть ручками, документами, очками, так как вы можете показаться скучающим, раздражённым или расстроенным.

#### **4.5.3. Основные психологические детерминанты развития коммуникативной компетентности врача**

В психологии *критериями эффективной коммуникации* считают:

- 1) способность продвижения в решении проблем участников общения;
- 2) обеспечение достижения целей общения с оптимальными затратами (отсутствие нервно-психических перегрузок, адекватное расходование психологических ресурсов);
- 3) достижение взаимопонимания между партнёрами по общению.

Соответствие профессионального общения врача всем этим критериям и будет означать успешную реализацию им потенциала, который заложен в коммуникативной составляющей деятельности врача.

Качественная и профессиональная медицинская помощь населению всегда являлась актуальной проблемой в любой стране мира. Она многогранна и зависит от многих обстоятельств. Во-первых, медицинские работники осуществляют свою профессиональную деятельность в условиях жёсткого лимита времени, недостатка лекарств и оборудования, что явно не



стимулирует их к благоприятному общению с пациентами. Во-вторых, они не стремятся проявлять внимание, заботу, эмпатию (сострадание, сопереживание) по отношению к пациентам и коллегам.

**Коммуникативная компетентность врача** – это определённый уровень сформированности межличностного и профессионального опыта взаимодействия с окружающими, необходимый врачу для успешного функционирования в профессиональной сфере и обществе; начинает формироваться еще в период учёбы в ВУЗе и процессе самостоятельного профессионального общения с пациентами.

Молодые врачи часто бессознательно подражают, копируют стиль поведения тех врачей-преподавателей, на чьё мнение ориентируются. И лишь по мере накопления опыта профессионального общения врач уже осознанно использует навыки, облегчающие ему общение с пациентами.

Коммуникативная компетентность врача, лежащая в основе установления терапевтического альянса с пациентом, позволяет:

- лучше распознавать и правильнее реагировать на вербальные и невербальные знаки пациентов и извлекать из них больше полезной клинической информации;
- проводить более эффективную диагностику, поскольку последняя зависит не только от установления телесных симптомов болезни, но также от способности врача выявлять те соматические симптомы, причины которых, имея психологическую или социальную природу, требуют, в свою очередь, иных планов лечения;
- добиваться одобрения пациентом плана лечения, т.к. исследования показали, что тренировка коммуникационных навыков оказывает положительное влияние на согласие пациента принимать назначенное ему лекарственное средство; нежелание пациента следовать назначенному лечению является наиболее серьёзной проблемой в медицине;
- передавать пациентам адекватную медицинскую информацию и аргументировано убеждать их вести более здоровый образ жизни;
- воздействовать на различные формы отражения болезни (эмоциональная, интеллектуальная, мотивационная) и активизировать компенсаторные механизмы, повышать психосоматический потенциал личности пациента, помогать ему восстанавливать связь с миром, преодолевать так называемую усвоенную или обученную беспомощность, разрушать стереотипы, сформированные болезнью, и создавать образцы здорового реагирования;
- действовать врачам более эффективно в деликатных ситуациях, например при необходимости сообщить пациенту, что он неизлечимо болен, или сказать родственникам пациента, что тот должен умереть, и т.д.

Специалист в сфере медицины должен не только обеспечить полноценное общение и добиться позитивных изменений в диаде «врач-пациент», но и сохранить собственное благополучие.

Для построения успешного профессионального общения большое значение имеет развитое самосознание, что обеспечивает возможность эффективной рефлексии своего коммуникативного поведения и способствует выработке необходимых способов его коррекции. Здесь можно выделить владение техниками общения, к которым относятся: *техника установления контакта, активное слушание, привлечение внимания к тексту сообщения, формирование позитивной установки на продолжение или повторение контакта, техники цивилизованного психологического влияния, а также техники разрушения психологических барьеров.*

В качестве интегральной характеристики коммуникативного поведения, успешность развивается с возрастом и накоплением знаний специфики общения, приобретения и расширения круга социальных умений, роста доверия к себе и своим возможностям.

К числу ***психологических детерминант коммуникативной компетентности врача можно отнести:***

*Ненаблюдаемые способности субъекта профессиональной деятельности* – гибкость в межличностном общении, ролевую гибкость, способность к сопереживанию, восприимчивость. Ролевая гибкость позволяет вхождение человека в роль, которую ожидает от него партнёр. Эмпатия и восприимчивость дают возможность правильно оценить себя, партнера и ситуацию.

*Наблюдаемые способности субъекта профессиональной деятельности* – способность к коммуникации, к кооперации, к управлению конфликтами и к работе в команде.

Важной составляющей высокого уровня коммуникативной компетентности врача выступает способность эффективно взаимодействовать, совместно разрабатывать планы действий и координировать свою профессиональную деятельность с другими, т.е. *способность к кооперации и координации, включающая ряд характеристик:* инициативность; установление контактов и доверительных отношения; способность устанавливать совместные цели, готовность отвечать за последствия совместных действий.

К числу психологических характеристик развития коммуникативной компетентности относится *способность к управлению конфликтами*, возникающими в ходе выполнения профессиональной деятельности. Данная способность включает своевременное выявление конфликтной ситуации, понимание её возможных причин и этимологии, поиск способов урегулирования, инициативу и активность в применении механизмов разрешения. Способность к управлению конфликтом заключается в сознательном выборе методов управления конфликтом и адекватной стратегии поведения.

Среди психологических детерминант развития коммуникативной компетентности выделяются также *специфические умения*: коммуникативные, социально-перцептивные, интерактивные. В числе *коммуникативных умений* выделяются: речевые умения, умение получать обратную связь, преодолевать коммуникативные барьеры. Группа *интерактивных умений* включает: умение строить общение на гуманной, демократической основе, инициировать благоприятную эмоционально-психологическую атмосферу, умение самоконтроля и саморегуляции, умение организовывать сотрудничество, умение руководствоваться принципами и правилами этики и этикета, навыки активного слушания. К *социально-перцептивным умениям* относятся: умение адекватно воспринимать и оценивать поведение партнёра в общении, распознавать по невербальным сигналам его состояния, желания и мотивы поведения, умение производить благоприятное впечатление.

К значимым детерминантам становления необходимого уровня профессиональной коммуникативной компетентности относят такое качество личности как *общительность* – потребность человека в других людях и контактах с ними, стремление к этим контактам, их интенсивность и лёгкость, а также способность человека к дружескому поведению в ситуации общения и установлению доверительных отношений, стремление взять на себя инициативу в контакте.

Т.о., можно выделить ряд психологических детерминант, продуцирующих развитие высокого уровня коммуникативной компетентности врача. В обобщённом виде их можно объединить в следующие группы:

- ***социально-психологические***: опыт взаимодействия с компетентными людьми, транслировавшими оптимальные модели коммуникативного поведения;
- ***личностно-значимые***, поддерживающие развитие психологической культуры в общении стимулы, исходящие от социума;
- ***субъективные***: способности, имеющие отношения к общению, коммуникативные социально-перцептивные, интерактивные умения;
- ***навыки поддержания позитивного контакта***;
- ***умения самореализации и самоконтроля***;
- ***личностные коммуникативные характеристики***: общительность, контактность, гибкость, эмпатийность, управление конфликтами, работа в команде. Большую роль играют ***нравственно-этические качества***: гуманность, доброжелательность, толерантность, дружелюбие, а также сформированность некоторых ***специальных навыков***: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важно также владение собственными эмоциями – способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом.

Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание пациента и соответствующее реагирование на его поведение. Познание пациентом своего заболевания с помощью врача способствует успешности лечения. Это наиболее перспективный путь создания (для врача любой специальности) у пациента новых доминант, оказывающих оздоравливающее влияние. Врач должен обладать эмоциональной и интеллектуальной гибкостью, смелостью решений и верой в свои возможности. Никакое поведение пациента не должно мешать лечению. Вера и убежденность врача передается и пациенту. Врачам нередко приходится работать в экстремальных условиях, в ситуациях риска, требующих мобилизации физических и волевых сил.

#### **4.5.4. Базовые коммуникационные навыки взаимоотношений «врач – пациент»**

Встреча с врачом: в стационаре, поликлинике, дома – один из важных моментов врачевания. Межличностное общение – сложный многоплановый процесс установления контактов между людьми; непременный компонент профессиональной медицинской деятельности, где врач нередко является и педагогом, и воспитателем.

Выделяют следующие **базовые коммуникационные навыки взаимоотношений** «врач-пациент», которые относятся к числу главных навыков, которые позволяют создавать эффективные партнерские взаимоотношения. Тренировка этих навыков должна иметь своей целью достижения базового уровня компетентности.

**Адекватное вещественное окружение.** Создание адекватного вещественного окружения увеличивает степень уединённости, комфорта и внимания к пациенту. Небольшие детали, такие, как оформление места, где сидит собеседник, так, чтобы это не было травмирующим и не увеличивало бы дистанцию, либо наличие штор, создают чувство уединенности и будут способствовать успешному результату интервью.

**Приветствие пациентов** будет способствовать сохранению чувства собственного достоинства, и поощрять их к участию в беседе. Использование имени пациента уместно, когда он знаком врачу, при этом врач подает соответствующий сигнал о том, что он узнал собеседника.

**Активное слушание** включает использование как вербальных, так и невербальных коммуникационных приёмов. Врач должен отчетливо сигнализировать о том, что все его внимание сосредоточено на пациенте и делать это взглядом, путём посылки сигналов, обозначающих, что информация принимается (кивание головой, фразы типа «верно», «понимаю»). Желание активно слушать лучше всего демонстрировать путём использования открытых вопросов, что подталкивает собеседника к более полным ответам. **Слушание** требует определённых навыков, который необходимо тренировать. Каждый человек может научиться слушать более

эффективно. Эффективным приёмом слушания является умение слушать «всем телом». Когда человек горит особым желанием услышать что-нибудь интересное, он говорит: «Я весь – внимание». Бессознательно он принимает соответствующую позу: поворачивается лицом к говорящему, устанавливает с ним визуальный контакт, внимает собеседнику. Такое слушание «всем телом» выражает готовность слушать и помогает процессу восприятия. Эта поза – эффективное средство повышения восприятия речи собеседника. Слушать и воспринимать означает не отвлекаться, поддерживать постоянное внимание, устойчивый визуальный контакт и использовать позу как средство общения.

**Эмпатия, уважение, заинтересованность, теплота и поддержка** – эти составные части являются сердцевиной интерперсональных навыков. Эмоциональное соучастие помогает установить психологический контакт с пациентом, получить более полную и точную информацию о нём, о его состоянии, внушить уверенность в компетентности врача и адекватности осуществляемого им лечебно-диагностического процесса, вселить веру в выздоровление. Эмпатические качества врача могут быть полезны в случаях несоответствия предъявляемых пациентам субъективных признаков тех или иных симптомов объективной клинической картине заболевания: (при аггравации, диссимуляции и анозогнозии, а также в случае симулятивного поведения).

**Язык.** Врачи должны также постоянно контролировать степень сложности языка, который они используют для своих объяснений, в частности, при объяснении диагноза и причин, которые привели к болезни, а также предложения по поводу лечения и причин, на которых основываются эти предложения.

**Взаимоотношение сотрудничества.** Важно, чтобы пациент мог чувствовать, что врач ясно понимает его нужды и готов к тому, чтобы работать вместе с пациентом для их удовлетворения. Это произойдет в том случае, если план лечения является результатом тщательного объяснения возникших мнений и полного осознания нужд пациента, что ведёт к информированному обсуждению условий данного плана.

**Закрытое интервью.** Врач должен подать ясный сигнал о том, что интервью движется к своему завершению, обычно путём суммирования того, что было сказано, и того, что в ходе его обсуждалось (см. ниже «Медицинское интервью и базовые коммуникативные навыки его проведения»).

**Навыки сбора информации** – главная, решающая часть взаимоотношений врача и пациента. Состоит в способности извлечения информации у пациента. Основными навыками, необходимыми для облегчения процесса сбора информации, являются те, которые помогают врачу добиться правильной постановки диагноза симптомов или проблем пациента.

Очень важной и часто игнорируемой частью навыков сбора информации является способность врача прояснить проблемы пациента и оправдать его ожидания, иными словами, выяснить: *зачем пациент пришёл к врачу?* В большинстве случаев предполагается, что пациент пришёл обследоваться или лечиться, но часто это далеко не так. Причины обращения могут быть многообразны и носить характер не только медицинский, но психологический и социальный: желание получить лист нетрудоспособности, потребность услышать от врача правдивый ответ, например, какова вероятность возникновения у пациента инфаркта миокарда или внезапной смерти, обмен текущей медицинской информацией (особенно у пациентов с хронической патологией), желание обсудить семейный конфликт или просто необходимость излить душу и др. Следует помнить о том, что удовлетворённость пациента от встречи с врачом определяется не квалификацией врача вообще, а тем, получил ли пациент то, что искал в этой встрече. Здесь кроется причина того, что многие, с медицинской точки зрения, безупречно проведённые приёмы, пациентов оставляют их совершенно неудовлетворёнными и наоборот.

**Молчание.** Необходимо научиться правильному использованию молчания как способа вдохновить пациента высказаться как можно более полно, затронуть сложные темы и вспомнить важные сведения. Умение правильно делать паузы в беседе и пользоваться молчанием – навык в значительной степени творческий и приобретаемый интуитивно. Не нужно бояться пауз в беседе – они часто дают больше, чем слова, и они особенно важны при выявлении скрытых, глубинных переживаний пациента. Напротив, излишняя многословность врача нередко служит проявлением его неосознанной защиты от проблем пациента, иметь дело с которыми врач совершенно не готов.

**Управление потоком информации.** Хотя предоставление пациентам возможности для свободного общения и является важным, но в то же время студент должен научиться способности сохранять контроль над интервью в своих руках путём тактичного направления содержания беседы в сторону диагностики проблемы.

Заключительный этап – **суммирование** собранной информации и выдвижение предварительной гипотезы (она может касаться определения характера болезни, или её причин, или плана дальнейших действий и т. д.). Т.к. за время консультации может быть получено большое количество сведений, нужно научиться суммировать главные данные, возникшие в ходе консультации» также должен убедиться в том, что понимание этой разделяется с ним его пациентом.

Наиболее частые ошибки – закрытые и наводящие вопросы в начале и открытые (которые предполагают расширенный ответ и на которые нельзя ответить «да» или «нет») – в конце интервью, непояснение

ожиданий пациента от консультации и отсутствие суммирования собранной информации.

Таким образом, врач-специалист **должен уметь:**

1. Создавать адекватное вещественное окружение, которое определяется тем, что это увеличивает степень уединённости, комфорта и внимания к пациенту;

2. Уметь приветствовать пациентов способом, приемлемым по культурным нормам в соответствии с их возрастом, полом и др., что будет способствовать сохранению чувства собственного достоинства и поощрять пациентов к участию в беседе;

3. Отчетливо сигнализировать о том, что все его внимание сосредоточено на пациенте и путем посылки сигналов, обозначающих, что информация принимается и контакт должен быть продолжен (возможно только взглядом).

Важно помнить, что особенно полезны открытые вопросы, когда пациентов просят описать их проблемы. В начале консультации им необходимо предоставить возможность сделать это с самыми минимальными попытками вмешиваться в их изложение. Необходимо вместе с пациентом выяснить, в чем именно заключается его ожидания от настоящей консультации, а также избегать преждевременных выводов о причинах, которые привели пациента к врачу. Врачу следует прояснить значение того, что говорит пациент, как говорит и значение тех сигналов, которые воспринимает врач от невербального общения, чтобы быть уверенным в том, что он понимает пациента полностью. Для врачей очень важно постоянно контролировать использование потенциально устрашающих слов.

Необходимо предоставить рациональные обоснования того, почему надо изменить свое поведение. Произвести *«подгонку»* лечения к индивидуальным особенностям жизненного стиля пациента. Следует противодействовать преградам, стоящим на пути изменения поведения. Привести примеры, которые могут служить ролевыми моделями. Предоставить возможность для повторного пересказа деталей состояния. Дать *обратную связь* – как вы оцениваете то, что вам сообщили, используя поведение пациента. Нельзя вселять оптимизм без уверенности в успехе. Нужно уметь «войти в положение» пациента. Культура чувств неотделима от общей культуры, интеллигентности – это необходимое условие формирования личности медика.

#### **4.5.5. Медицинское интервью и базовые коммуникативные навыки его проведения**

Исследования показывают, что 60-80 % диагностических решений принимаются на основании информации, полученной только лишь в ходе *медицинского интервью*; такая же пропорция отмечается и при принятии

терапевтических решений. Основой же медицинского интервью являются коммуникации, а само по себе медицинское интервью служит основой всей медицинской практики. Под *медицинским интервью* понимается любое сколь-либо продолжительное общение врача со своим пациентом.

Виднейшие отечественные врачи всегда придавали огромное значение процессу выяснения субъективного и объективного **анамнеза**. Захарьин Г.А. называл это «снятием медицинского портрета». Анамнез – это управляемый разговор. Правильно собрать анамнез нелегко. У пациента должно создаваться впечатление непринужденной беседы. При этом врачу необходимо оценить серьезность жалоб, манеру их предъявления. Важно суметь отделить главное от второстепенного, убедиться в достоверности показаний, не обижая пациента недоверием, помочь вспомнить. Уметь незаметно направлять разговор, не давая уходить в сторону на несущественные подробности, посторонние темы. Здесь необходима изобретательность и творческое отношение. В процессе ознакомления с пациентом перед врачом должна встать его внутренняя картина болезни с ощущениями и страданиями как физического, так и психического порядка. Следует иметь в виду, что уже сам процесс расспроса является не только процессом распознавания для врача, но и началом терапевтического лечения для пациента.

В отличие от привычного синонима «беседа с пациентом» термин «интервью» подчеркивает наличие у того, кто его проводит, специальных навыков и умений, а также заранее подготовленного плана его ведения.

Базовые навыки в структуре медицинского интервью разделены на:

- 1) навыки межличностного взаимодействия,
- 2) навыки сбора информации,
- 3) навыки передачи информации пациенту.

*Составные части медицинского интервью, а также наиболее типичные врачебные ошибки по каждой из этих частей.*

*I этап.* Установление «доверительной дистанции». Ситуативная поддержка, предоставление гарантий конфиденциальности; определение доминирующих мотивов проведения интервью.

*II этап.* Выявление жалоб (пассивное и активное интервью), оценка внутренней картины – концепции болезни; структурирование проблемы.

*III этап.* Оценка желаемого результата интервью и терапии; определение субъективной модели здоровья пациента и предпочтительного психического статуса.

*IV этап.* Оценка антиципационных (предугадываемых) способностей пациента; обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания (при его обнаружении) и терапии; антиципационный тренинг.

**Открытие интервью.** Интервью должно начинаться с приветствия пациента врачом. Форма приветствия должна соответствовать возрасту и социальному опыту пациента. Словесное приветствие нужно подкрепить



невербальными средствами – это может быть пожатие руки, наклон тела в сторону пациента, кивок головы, улыбка и т.п. Иначе пациент воспринимает приветствие как неестественное и неискреннее. В случае, если пациент опоздал на приём, нужно всегда выяснить причину этого, т.к. опоздание часто бывает неосознаваемой попыткой избежать встречи.

Место, где пациенту следует сесть, чаще всего должно быть указано врачом. Лишь иногда с диагностической целью можно дать пациенту возможность самому выбрать себе место и посмотреть, как он это сделает: тревожный пациент попытается спрятаться за каким-либо барьером, депрессивный займет самое неудобное и непрестижное сиденье и т.д. Далее, если эта встреча первая, врачу следует представить себя пациенту; психологически правильнее сделать это даже в том случае, если фамилия врача написана на двери кабинета, в регистратуре и т.д. Важно помнить, что произнесение человеком своего имени, фамилии, должности невинно и коротко свидетельствует о его пониженной самооценке и не способствует повышению его статуса в глазах собеседника. Далее следуют вводные комментарии, – врач коротко описывает то, как он представляет себе цель встречи, основные вопросы, которые должны быть в ходе ее решены, в некоторых случаях он указывает, каким временем располагает.

Последняя часть этого раздела интервью – приглашение пациенту самому сформулировать наиболее свободное и полнее проблемы, которые привели его к врачу. Цели встречи в изложении врача и пациента могут совершенно не совпадать. Если это так, то нужно обсудить разногласия и прийти к общему решению о том, какие цели имеет встреча и какие вопросы будут на ней обсуждены. Не следует, особенно в амбулаторной практике, намечать широкие и неопределенные цели, лучше разделить работу на несколько встреч, каждая из которых будет посвящена какой-либо определенной проблеме.

Типичные врачебные ошибки: игнорирование приветствия или его невербальной части, отсутствие представления врачом самого себя, нередко пациенту не дается возможности самому сформулировать цели прихода к врачу, что важно сделать именно в начале интервью.

***I этап клинического интервью («установление доверительной дистанции»)*** можно определить как *активное интервью*. Он является наиболее важным и трудным. Первое впечатление пациента способно решить дальнейший ход интервью, его желание продолжать беседу, пойти на раскрытие интимных подробностей. Общение врача с пациентом начинается с ситуативной поддержки. Интервьюер берет нить разговора в свои руки и, мысленно поставив себя на место пациента, впервые обратившегося к врачу, помогает тому начать разговор. Обычно эффективным для установления «доверительной дистанции» – психологического комфорта оказывается высказывание типа: *«Я понимаю, как это непросто обратиться к врачу. Мне, наверное, не стоит говорить*

о том, что все, чем Вы захотите поделиться со мной о себе и своих переживаниях, останется между нами». На дальнейших этапах желательно подтверждать (напоминать) пациенту свои гарантии конфиденциальности, но не прямо, а косвенно. Например, вопросы, существенные для понимания состояния пациента, следует начинать со слов: *«Если не секрет, не могли бы Вы рассказать подробнее о...»* или *«Ваше право не говорить мне о...»*; *«Если Вам не хочется обсуждать эту тему, мы могли бы перейти к другой»*. Подобными речевыми способами, основанными на этических принципах, возможно быстрое и эффективное установление нужной «душевной волны» между врачом и пациентом при условии, что за техникой коммуникации будет стоять искреннее желание разобраться в состоянии пациента, помочь ему, а не манипулирование.

**II этап клинического интервью** – *пассивное интервью*. Пациенту предоставляются время и возможность предъявить жалобы в той последовательности и с теми подробностями и комментариями, которые он считает нужными и важными. Врач при этом играет роль внимательного слушателя, лишь уточняющего особенности проявлений заболевания пациента. Чаще всего *методика выслушивания* включает в себя следующие способы. Вопросы направляются на оценку внутренней картины и концепции болезни, т.е. выявление представлений пациента о причинах и поводах возникновения у него тех или иных симптомов. При этом производится структурирование проблемы. Здесь же диагност задает всевозможные вопросы, касающиеся анализа и психического состояния, основываясь на известных диагностических алгоритмах. Соблюдать нужно баланс открытых и закрытых вопросов. Кроме выслушивания врач во время интервью должен использовать и элементы воздействия: активное слушание, правильное использование пауз и молчания и др. Существенным на данном этапе интервьюирования является сбор т. наз. *психологического и медицинского анамнеза* – истории жизни и болезней. Задачей психологического анамнеза является получение от пациента сведений для оценки его личности как сложившейся системы отношений к самому себе и, в особенности, отношения к болезни и оценки того, насколько болезнь изменила всю эту систему. Важными являются данные о течении болезни и жизненном пути, которые призваны выявлять, какое отражение болезнь получает в субъективном мире пациента, как сказывается на его поведении, на всей системе личностных отношений.

**III этап клинического интервью** направлен на выявление представлений пациента о возможном и желаемом результатах интервью и терапии. Пациента спрашивают: *«От чего из того, что Вы мне рассказали, Вам хотелось бы избавиться в первую очередь? Как Вы представляли себе до прихода ко мне нашу беседу, и что Вы ждете от нее? Как Вы думаете, чем бы я мог Вам помочь?»* Последний вопрос нацеливает на выявление предпочтительного для пациента способа терапии. Ведь не редки случаи,

когда пациент после предъявления врачу жалоб отказывается от лечения, ссылаясь на то, что принципиально не принимает никаких лекарств, скептически относится к психотерапии или вообще не доверяет врачам. Подобные ситуации указывают на искомый психотерапевтический эффект от самого интервью, от возможности высказаться, быть услышанным и понятым. Этого оказывается в некоторых случаях достаточным для определённой части обращающихся за консультацией к врачу или психологу. Ведь нередко человек приходит к врачу (особенно психиатру) не за диагнозом, а для того, чтобы получить подтверждение собственным убеждениям о своем психическом здоровье и уравниловке.

В середине интервью необходимо задавать вопросы обоих типов (закрытые и открытые), а в конце его должны задаваться только закрытые вопросы, иначе интервью затянется. Наиболее частый недостаток – использование закрытых вопросов в начале беседы, что ведёт к резкому ограничению и снижению качества собранной врачом информации. Закрытые вопросы не подходят для обсуждения с пациентом его семейных, психологических, глубоко личных или интимных проблем. К типичным ошибкам относится также частое использование врачом наводящих вопросов (особенно они нежелательны в начале интервью), а также постановка нескольких вопросов подряд, без получения ответа на предыдущий. Качество интервью повышается, если врач постоянно стремится к уточнению и прояснению высказываний пациента, например, нельзя удовлетвориться фразами типа «мне было плохо», «со мной произошёл стресс», «чувствую себя не вполне здоровым» и т.п.

**IV этап клинического интервью**, заключительный, вновь активная роль переходит к интервьюеру. Основываясь на выявленной симптоматике, имея представление пациента о концепции болезни, зная, чего ожидает пациент от лечения, интервьюер направляет интервью в русло **антиципационного тренинга**. Как правило, невротик боится думать и даже обсуждать с кем бы то ни было возможные печальные исходы существующих для него конфликтных ситуаций, вызвавших обращение к врачу и заболевание. Антиципационный тренинг направлен, в первую очередь, на додумывание пациентом самых негативных последствий его болезни и жизни. [Например, при анализе фобического синдрома в рамках невротического регистра целесообразно задавать вопросы в следующей последовательности: «Чего именно Вы боитесь? – Что-то плохое должно произойти. – Как Вы предполагаете и чувствуете, с кем это плохое должно произойти: с Вами или с Вашими близкими? – Я думаю, со мной. – Что же именно, как Вам кажется? – Я боюсь умереть. – Что означает для Вас смерть? Чем она страшна? – Не знаю. – Я понимаю, что это неприятное занятие – думать о смерти, однако прошу Вас, подумайте, чего именно Вы боитесь в смерти? Я попробую Вам помочь. Для одного человека смерть – это небытие, для другого – страшна не

*сама смерть, а связанные с ней страдания, боли; для третьего она означает, что дети и близкие окажутся в случае смерти беспомощными и т.д. Какое Ваше мнение об этом?»]. Подобный приём в рамках клинического интервью выполняет как функцию более точной диагностики состояния пациента, так и оказывает терапевтический эффект.*

Врач, использующий стратегию повышения мотивации, любой ценой должен избегать дискуссий. Спор даёт пациенту возможность найти причины уклонения от изменений и, следовательно, может скорее затормозить изменения, чем способствовать им. Например, сопротивление вероятно тогда, когда врач пытается оказать давление на пациента, призывая его изменить поведение до того, как он будет к этому готов. Если врач замечает, что пациент начинает возражать против изменений поведения, для него это должно стать сигналом к смене стратегии.

**Закрытие интервью.** Важна точность завершения беседы, момент для которой должен определить только врач. Для правильного окончания интервью нужно сначала подать пациенту несколько невербальных сигналов (например, изменить позу, прекратить демонстрацию активного слушания, увеличить дистанцию, закрыть записи), затем следуют вербальные сигналы о том, что интервью заканчивается, это могут быть слова *«итак»*, *«таким образом»*, *«подводя итоги»* и т.п., и лишь затем закончить интервью. Для контроля за временем беседы хорошо постоянно иметь перед глазами часы. Возможные недостатки – это внезапное, неожиданное для пациента окончание беседы, что заметно снижает его удовлетворенность интервью, либо окончание интервью затянутое, когда пациент перехватывает инициативу и продолжает беседу, которую врач хотел бы уже закончить.

**Руководство интервью.** Навык состоит в умении врача постоянно держать нить беседы в своих руках и направлять её по своему усмотрению, не выглядя при этом излишне авторитарным и категоричным. Методами, которые при этом могут быть использованы, являются похвала и ободрение пациента (позитивное подкрепление), когда он, например, точно и выразительно описал свои жалобы. К этим же методам относится способность врача остановить и перебить пациента там, где это необходимо, организовать течение беседы вокруг главной темы, избегая ненужных отклонений, исследовать мысли, предположения и ожидания больного в отношении своей болезни. Для правильного руководства интервью важно уже в самом начале ясно определить его цель и, если пациент начинает отклоняться на другие темы, остановить его примерно такими словами: *«То, о чем вы сейчас говорите, очень интересно, но мы уже договорились, что сегодня наша цель – обсудить. Если мы будем отклоняться, то не успеем сделать главное, поэтому давайте вернемся к основной теме»*.

Умение врача руководить ходом интервью наглядно проявляется в его способности точно уложиться во время, отпущенное им самим на беседу. Заметим попутно, что ситуация, когда каждое интервью длится одинаковое время, например 10-15 минут, с психологической точки зрения глубоко ошибочна – в некоторых случаях бывает достаточно и 3 минут, а в других и 30 минут может быть мало. Много беседовать с пациентом и хорошо беседовать с пациентом – вещи совершенно разные. Наиболее распространенным недостатком является также утрата контроля за ходом интервью со стороны врача – при этом оно превращается в неструктурированный, бессистемный и затянувшийся по времени «обмен мнениями», становясь похожим на обычную бытовую беседу.

### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Коммуникативная компетентность врача и психологические характеристики её формирующие.
2. Образ врача в глазах пациента.
3. Профессионально значимые коммуникативные качества врача
4. Здоровье врача. Врач как пациент.
5. Общение как часть профессиональной компетентности врача.
6. Формирование психологической готовности врача к оказанию медицинской помощи в экстремальных условиях.
7. Этические аспекты взаимоотношений врача с коллегами.

## **4.6 СКРИПТЫ И ТЕХНИКИ КОММУНИКАЦИЙ**

4.6.1. Техника использования коммуникативных приемов (скриптов). Алгоритмы коммуникаций, набор речевых модулей, необходимых для результативного и бесконфликтного взаимодействия врача с пациентами, родственниками пациентов и коллегами в различных ситуациях. Применение скриптов в часто повторяемых ситуациях.

4.6.2. Моделирование коммуникативных сценариев: сценарий убеждения, «язык выгод для пациента и врача», отзеркаливание и т.д.

4.6.3. Коммуникативные приемы и набор ключевых фраз для работы с «возражением».

4.6.4. Использование скриптов при приветствии, сборе анамнестических данных, подведении итогов беседы с пациентом, разрешении конфликтных ситуаций (см. вопрос выше в п. 4.5.5. Медицинское интервью и базовые коммуникативные навыки его проведения).

**4.6.1. Техника использования коммуникативных приёмов (скриптов). Алгоритмы коммуникаций, набор речевых модулей, необходимых для**

**результативного и бесконфликтного взаимодействия врача с пациентами, родственниками пациентов и коллегами в различных ситуациях. Применение скриптов в часто повторяемых ситуациях**

**Скрипт** – (от англ. scripting language – сценарный язык) – высокоуровневый язык сценариев – кратких описаний действий, определяющих роль врача, его свойства, характеристики, поведение и взаимодействие с пациентами, родственниками пациентов и коллегами в различных ситуациях.

Использование коммуникативных приёмов («скриптов») позволяет повысить качество отработки возражений пациента и грамотно нейтрализовать его негатив, что непосредственным образом влияет на имидж как самого доктора, так и лечебной организации, где он работает. Наиболее высоко оценёнными пациентами характеристиками врача являются: человечность; компетентность/правильность; вовлечение пациентов в принятие решений; время для ухода и лечения.

Пациенты ищут врача, который слушает и не торопит их; предоставляют им информацию и возможность для участия. Удовлетворенность пациентов особенно повышается при **пациент-центрированном подходе** в консультациях. Для реализации данных характеристик помогают алгоритмы коммуникаций с пациентами, речевые модули. Скрипты лучше всего работают в часто повторяемых ситуациях.

Внешний мир и подсознание взаимодействуют с сознанием посредством трех модальностей – основополагающих систем образов, ощущений и представлений: визуальной (зрительной), аудиальной (слуховой), кинестетической (чувственной), одна из которых является ведущей в переработке информации. Такая модальность называется *ведущей репрезентативной системой человека*. В соответствии с доминирующей модальностью людей делят на три группы:

- **визуалов** (воспринимающих и перерабатывающих информацию в виде образов);
- **аудиалов** (воспринимающих и перерабатывающих информацию в виде звуков и слов);
- **кинестетиков** (воспринимающих и перерабатывающих информацию в виде ощущений).

Основными коммуникативными техниками в практике медицинского работника являются: рефлексивное и эмпатическое слушание, обратная связь, высказывание. Умелое использование коммуникативных техник, средств, коммуникативной дистанции и угла общения позволяет достигать установление контакта.

**Рефлексивное слушание** представляет собой процесс расшифровки смысла сообщений и предполагает объективную обратную связь. Применяется для подтверждения понимания сообщения говорящего. Рефлексивное слушание увеличивает точность понимания, обеспечивает

благоприятные условия для беседы, помогает уточнить значение многозначных слов, иными словами, помогает «раскодировать» человека, как бы попробовать воду, в которую мы собираемся войти.

Ситуации, в которых эффективно рефлексивное слушание:

- 1) когда у собеседника нет желания говорить или оно небольшое;
- 2) когда говорящий стремится получить большую поддержку, в т.ч., эмоциональную;
- 3) когда человек нуждается в помощи при решении определенных проблем;
- 4) если говорение одного противоречит интересам другого.

**Эмпатическое слушание** отличается от рефлексивного, прежде всего, установкой. Цель рефлексивного слушания – как можно точнее осознать и передать чувства говорящего, а эмпатического слушания – уловить эмоциональную окраску идей и их значение для другого человека, проникнуть в систему его внутренних ценностей и понять, что истинно означает это для другого человека и какие чувства он при этом испытывает. Это довольно интимный вид общения с высоким эмоциональным напряжением. Эмпатическое слушание обеспечивает лучшее понимание других людей, помогает нейтрализовать общую склонность к суждению, помогает избежать поляризации типа «я – они», препятствующей эффективному общению. Оно позволяет переживать те же чувства, которые переживает собеседник, понимать эмоциональное состояние собеседника и разделять его. Эмпатия – буквально означает «сочувствую», то есть «чувствую то же, что и Вы». Эмпатическое слушание создает благоприятный климат для открытого выражения другими своих мыслей и чувств. Приёмы рефлексивного и эмпатического слушания позволяют узнать, что партнёр говорит на самом деле, понять истинный смысл того, что скрывается за его словами.

#### **Правила эмпатического слушания.**

1. Необходимо настроиться на слушание: на время забыть о своих проблемах, освободиться от собственных переживаний и постараться отстраниться от готовых установок и предубеждений относительно партнёра по общению.
2. В своей реакции на слова пациента необходимо отразить переживание, эмоции, стоящие за его высказыванием, чтобы продемонстрировать собеседнику, что его чувство понято правильно.
3. Необходимо держать паузу. В ходе беседы партнёру по общению часто бывает нужно помолчать, обдумать услышанное или продумать свой ответ. Не стоит в это время высказывать какие-либо дополнительные соображения, разъяснения, уточнения или комментарии, пауза необходима собеседнику для того, чтобы разобраться в своем переживании.
4. В тех случаях, когда человек возбужден, когда беседа складывается таким образом, что он безудержно продолжает говорить, рассказывать, а

беседа уже носит доверительный характер, целесообразно перейти с эмпатического слушания на нерефлексивное.

5. Методику эмпатического слушания имеет смысл применять только в том случае, когда человек сам хочет поделиться какими-то переживаниями.

Выделяют **пять типов эмпатических ответов**:

- отражение – *«Я вижу, что вы ...»*;
- признание – *«Я могу понять, что вы чувствуете ...»*;
- поддержка – *«Я хочу помочь»*;
- партнерство – *«Давайте работать вместе»*;
- уважение – *«Вы делаете много»*.

**Эмпатия** может быть выражена вербально или невербально.

Вербально:

- *«Мне очень жаль»*.
- *«Вам, должно быть, очень трудно справиться с ...»*.
- *«Вы кажетесь (печальным, рассерженным, подавленным) сегодня»*.
- *«Это не легкое время для вас»*.
- *«Мы будем работать вместе, чтобы пройти через это»*.
- *«Пожалуйста, звоните мне в любое время»* (если вы сказали это, то будьте уверены в том, что вы будете доступны).

Невербально:

- Используйте печальную или сочувствующую интонацию.
- Выразите обеспокоенность выражением лица.
- Прикоснитесь к руке пациента.

Чтобы убедить пациента выполнять рекомендации врача необходимо распознать **социальный тип личности пациента**. Выделяют 4 социальных типа пациента: аналитик; дружелюбный; директивный; экспрессивный.

1. Самая верная стратегия в общении с **дружелюбным пациентом** – завоевание доверия, внимания к его проблеме. Дайте понять, что вы его слышите, понимаете. Продемонстрируйте тёплые межличностные отношения, избегая малоэмоциональной и авторитарной манеры назначения терапии. Важна позиция совместной работы. При разговоре старайтесь ссылаться на положительный ваш личный опыт и (или) опыт ваших коллег. Обсудите опасения относительно предстоящей терапии. Лечение должно включать принятие на себя обязательств: *«Не волнуйтесь, я буду контролировать ваше состояние здоровья»*.

2. Самая верная стратегия в общении с **экспрессивным пациентом** – избегайте малоэмоциональной и авторитарной манеры назначения терапии; данная категория пациентов ценит во враче новаторский и творческий подход в терапии; предложения должны быть ярко эмоционально окрашены; старайтесь избегать длинных логических объяснений; рекомендуйте простые схемы лечения; целесообразно использовать в качестве примера шутки или некоторые смешные ситуации.



3. Самая верная стратегия в общении с **директивным пациентом** – компетентность и уверенность. Алгоритм коммуникации врача и директивным пациентом: краткость и лаконичность; избегать излишних эмоций и пустых разговоров ни о чём; аргументы убедительные и короткие; схема приёма препарата персональная и эксклюзивная («*Только для вас...*», «*Исключительно в вашем случае...*» и т.д.); рекомендации содержат конкретные выгоды для пациента, конкретный результат и эффект лечения; манера назначения неэмоциональная, «авторитарная».

4. **Пациенту-аналитику** важны детали, факты, логика в назначенном лечении с обязательными доказательствами. Ключевые мотивы при выборе лечебной тактики: доказательность, эффективность.

Врач с хорошими коммуникативными навыками получает огромное удовлетворение от работы, меньше работает с напряжением, более точно определяет проблемы пациента, и его пациентам легче психологически приспособляться, они больше удовлетворены оказываемой им помощью.

Для хорошего сбора информации врач должен ставить пациенту только открытые вопросы. Примеры открытых вопросов: «*Расскажите мне о своём самочувствии*», «*Хотелось бы побольше узнать о здоровье ваших близких родственников*», «*Что вы думаете о причинах своего заболевания?*» и т.п. Закрытые вопросы являются ценными для определения целей, для установления определенных событий, наличия специфических симптомов или признаков субъективных симптомов, для получения конкретной информации и предполагают ответы «да» или «нет»: «*Беспокоят ли вас боли в сердце?*», «*Снизился ли ваш вес за время болезни?*», «*Когда началась усталость?*», «*Была ли слабость в вашей левой руке?*» «*Думали ли вы о самоубийстве?*» и т.п.

Преимуществом открытых вопросов является то, что они позволяют получить гораздо больше сведений о пациенте, симптомах, отношении пациента к болезни, его взглядах, опасениях и др., однако ответы на них требуют гораздо больше времени, чем ответы на закрытые вопросы. Если у вас мало времени, вопросы должны быть более конкретными.

Для выявления чувств, мыслей, функций и ожиданий, установления личного аспекта проблемы начните с приглашения пациента рассказать историю проблемы с момента, когда она впервые началась и до сегодняшнего дня. Например: «*Расскажите мне все с самого начала ...*». Дождитесь завершения описания пациентом одной жалобы, прежде чем зададите другой вопрос. Определите с пациентом, что его больше всего беспокоит и договоритесь отложить несущественные вопросы на другой визит. Задайте вопросы, которые помогут определить, как проблема влияет на повседневное функционирование пациента. Спросите пациента о том, что, по его мнению, вызвало эту проблему: «*Как вы думаете, что вызвало это?*».

**Определите ожидания пациента** относительно того, какого рода помощи он хочет получить. Поскольку пациенты приходят со своими собственными ожиданиями о возможном решении проблем, ваши рекомендации могут быть не приняты, потому что пациент не согласен с ними или не заинтересован в них: *«Что вы хотите, чтобы я сделал, чтобы помочь вам?»*.

**Выясните личный и культурный уровень пациента.** Действия и субъекты, участвующие в переживании болезни пациента, взгляды пациента на его заболевание могут помочь вам отшлифовать клиническое решение быстрее, экономичнее и с минимумом разочарований для обеих сторон. Например: *«Что ещё происходит в вашей жизни в данный момент?»*.

Резюмируйте то, что вы понимаете под ключевыми проблемами пациента, что на ваш взгляд вызвало проблему и что должно быть сделано в этом направлении. Призовите пациента дополнить уже сообщенную им информацию и/или исправить то, что вы сказали.

**Эмпатия.** Выражайте восприимчивость к раскрытию и обсуждению сложных эмоциональных проблем. Одним из способов достижения этого являются вопросы о чувствах пациентов, например:

*«Что вы чувствуете по этому поводу?»*;

*«Что во всем этом является самым большим беспокойством для вас?»*;

*«Что из происходящего дома или на работе беспокоит вас?»*.

*Как тактично сказать «Да» или «Нет»? Сейчас «да» часто кажется не категоричным, хотя, приглашая пациентов лучше сказать «да, но...», вы предполагаете услышать от него дальнейшую информацию. Если вы хотите выразить однозначное «да», скажите «Абсолютно». Если вы хотите сказать «нет», но желаете подчеркнуть, что не вы ответственны за негативность, полезным приемом будет: «Я боюсь, что ответ должен быть «нет», поскольку...».*

**Как проявить нейтральный подход?** Оставаться нейтральным особенно трудно в случаях выраженного личностного своеобразия пациента. Работа врача требует широкого репертуара коммуникативных навыков и терпимости. Некоторые пациенты раздражаются, но никогда не нужно забывать, что для этого могут быть вполне понятные медицинские или ситуационные причины.

**Как оценить проблемы, влияющие на пациента?** *«Скажите мне, как это влияет на вас?»* или: *«Это может вызвать у вас проблемы в повседневной жизни: не могли бы вы рассказать мне об этих проблемах?»*. Нужно стараться увидеть проблемы с точки зрения пациента. То, что для вас обычно, может быть очень важным для пациента. Признайте это – *«Я согласен, что это большое беспокойство»*.

**Не доминируйте.** При работе с пациентами, находящимися в постели, необходимо спуститься до уровня пациента. Видя кого-то,

возвышающегося над собой, буквально говорящего с вами свысока, пациенты могут испытывать особую уязвимость и дискомфорт. Замечено, что мужчины-врачи спрашивают мужчин *«В чём проблема?»*, но у женщин лучше спрашивать *«Что кажется вам проблемой?»*.

**Не допускайте неосведомлённости.** Речь идет о проблеме разрушения доверия пациента при вашей неосведомлённости. Иногда бывает вполне уместным прямо сказать: *«Есть люди, которые знают об этом больше меня»*, но смягчить *«Я посоветуюсь с...»*.

**Общайтесь медленно, прерывайте с осторожностью.** Техника прерывания является ключевой, когда интервьюеру необходимы немедленные пояснения решающих моментов по мере того, как история раскрывается. Учтливое, вежливое прерывание возможно только тогда, когда говорящий переводит дыхание и желательно, чтобы прерывание было в виде короткого закрытого вопроса. Никогда не прерывайте людей на середине предложения, так как это весьма грубо.

**Поощряйте пациента.** Незначительные комментарии, такие как *«Да»*, *«Верно»* или кивание головой могут убедить пациента в том, что вы его слушаете и что ваше внимание сконцентрировано именно на нём. Иногда пациенты могут сказать нечто, требующее более существенного, но не обязательного подтверждения. Полезным приёмом может быть: *«Удивительно, продолжайте»*, *«У меня никогда не было подобных проблем, но если бы они были, я надеюсь, что смог бы справиться также хорошо, как и вы»*. Продолжение сообщений также полезно для успокоения пациента в том, что вам интересно и нужно знать больше: *«Как это на вас повлияло?»*; *«Это должно было быть очень волнующим...»*; *«Расскажите мне об этом»*; *«Пожалуйста, расскажите об этом подробнее»*; *«Это важно»*.

**Усиливайте позитивность.** Не: *«Вред курения заключается в...»*, а лучше: *«Преимущества отказа от курения являются ...»*. Подчеркивайте позитивность, даже когда имеются негативные сообщения. *«Да, это все плохие известия. Хорошие новости в том, что...»*.

Даже обычный диагноз может быть воспринят как серьёзный, особенно если использованы медицинские термины. Следует учитывать, что последнее слово несёт в себе особую эмоциональную нагрузку. Вместо: *«Нарост на вашей руке – это доброкачественная опухоль»*. Лучше сказать: *«Результаты показали, что этот нарост полностью доброкачественный»*.

**Расширение вопросов** может быть полезным для выявления определенных моментов:

- *«Есть ли что-то еще, что вы хотели бы мне сказать?»*
- *«Есть ли что-то еще, что вы должны мне сказать?»*
- *«Что еще я должен знать?»*
- *«Я подозреваю, что это больше, чем то, что вы мне рассказали».*

**Направляющие вопросы:** *«Была ли боль острой, тупой, пронзительной, вызванной дыханием?», «Не могли ли Вы заразиться этой инфекцией от кого-либо еще?»*. Направляющие вопросы иногда могут быть полезны пациентам для признания недостаточного режима соблюдения терапии. Несоблюдение режима в отношении советов или лекарственного лечения может быть довольно высоким – до 40-50% и экономически дорогим. Полезные вопросы, помогающие пациентам признать несоблюдение режима:

- *«Вы находите трудным принимать таблетки?»;*
- *«Вы можете забыть принять таблетки?»;*
- *«Когда вы чувствуете себя лучше, вы иногда прекращаете принимать таблетки?»;*
- *«Когда вы чувствуете себя хуже, вы иногда прекращаете принимать таблетки?».*

**Потенциально неприятные вопросы.** Всегда объясняйте, почему вам их нужно задать и иногда сопровождайте их псевдоизвинением: *«Простите, что я спрашиваю об этом, но это важно, поскольку...»*.

**Разработка неожиданного изменения темы.** Это требует тактичного, но решительного, чёткого вмешательства (например, тогда, когда пациент переводит дух): *«Это было важно. Но могли бы вы рассказать мне о...»*.

С другой стороны, резкое изменение темы пациентом также требует решительного чёткого вмешательства: *«Подождите, расскажите мне больше о...»*.

**Игнорируйте (не замечайте) возможные провокации.** Неуместное использование некоторыми пациентами определённых прилагательных является раздражающим, а иногда и оскорбительным. В идеале старайтесь не замечать их, а сосредоточьтесь не на оскорбительных существительных, а на личности самого пациента.

**Невербальное общение.** Включайте невербальные компоненты в свой коммуникативный репертуар. Язык тела – это дорога с двусторонним движением; пациенты также улавливают невербальные знаки врачей. «Хороший» язык тела приглашает к разговору, – например: наклон, чтобы слушать пациента; поддержание зрительного контакта и внимания; кивание головой. Отвлекающие невербальные знаки препятствуют эффективной коммуникации, – например: беспокойное верчение ручки; поглядывание на часы; избегание зрительного контакта. Глубокий голос выражает власть, в то время как ошибки в речи или нерешительность предполагают, что говорящий – человек неуверенный или тревожный.

Важным условием эффективного взаимодействия между врачом и пациентом является **суммирование** (резюмирование) того, что сказал пациент. Оно включает в себя: выделение того, что пациент сказал; приглашение пациента для исправления вашей интерпретации и

обеспечения дальнейшей уточняющей информации: *«Давайте проверим, верно ли я вас понял. Около двух месяцев назад у вас появились сильные головные боли с периодичностью 1-2 раза в неделю. Если вы сразу принимаете болеутоляющее, то они продолжаются час, иначе они длятся три или четыре часа. Теперь головные боли у вас участились – 3-4 раза в неделю – и болеутоляющие, кажется, не действуют. Это так?»*.

**Проверяйте чувства пациентов.** Пациентам часто нужно быть уверенными в том, что их чувства приемлемы и нормальны. Обозначьте, что такого рода чувства естественны в данных обстоятельствах и нет ничего неуместного в их выражении. Можно использовать одну из следующих фраз:

*«Это было бы удивительным, если бы вы не чувствовали себя сердитым или напуганным после того, как услышали диагноз»*

*«Я полностью Вас понимаю. Многие люди в подобных обстоятельствах реагировали бы точно также, как вы»*

*«Ваша реакция абсолютно нормальная».*

**Давайте и требуйте обратную связь.** Например:

*«Это звучит так, будто вы чувствуете... Это так?»*

*«Это похоже на то, что вы сказали.. Это верно?»*

**Выражайте партнёрство и поддержку,** чтобы показать, что вы «на стороне пациента» и будете помогать ему решать медицинские проблемы.

*«Мы будем вместе решать, какой курс лечения лучший»*

*«Если у вас есть вопросы, я всегда найду для вас время».*

В процессе взаимодействия и даже в самом начале коммуникации с врачом пациент может не соглашаться с мнением врача. Поэтому, важно стараться избегать излишнего давления на пациентов при принятии решений, когда они не желают выполнять то или иное решение или необходимое действие, принятое врачом. Кроме того, пациенты могут не давать обратной связи, если они чувствуют, что становятся участниками принятия необратимых решений. Пример: *«Меня вынуждают принимать таблетки, но, я просто не хочу, чтобы меня беспокоили. Но я не могу сказать об этом своему врачу»*.

Важно знать, что пациенты обычно имеют от 1 до 4 проблем и большинство пациентов выражают ясное желание быть хорошо информированными о своем здоровье, диагнозе, прогнозе, этиологии и предупреждении, лечении и социальных последствиях. Однако некоторые пациенты не желают этого. Или люди, которые получили то, что они хотят, почти неизменно заявляют, что они удовлетворены, но иногда то, что люди хотят не обязательно то, что им действительно нужно.

**В каких случаях пациент избегает говорить о своих проблемах?** Пациент может сопротивляться или отказываться упоминать проблемы, если он считает:

– *Что ничего нельзя сделать.*

- *Врач будет обременен.*
- *Он покажется неблагодарным.*
- *Что в обязанности врача не входит обсуждение их проблем.*
- *Что их худшие опасения могут подтвердиться.*
- *Врач им не симпатичен.*

Существуют некоторые сигналы, которые говорят о том, что мы слушаем неправильно: партнёр не продвигается в рассказе о себе («ходит кругами», вдаётся в мелкие и незначительные детали); повторяет одно и то же, возвращаясь к сказанному; невербальные проявления (партнёр по общению невербально показывает это с помощью мимики, пантомимики, жестов, позы тела, а также с помощью пространственного расположения, например, отодвигается от собеседника).

Частой ошибкой врача в процессе общения является «ошибочное мнение». Многие ошибки в коммуникации исходят из предположения, что другой человек правильно понимает то, что вы говорите. В ряде случаев такие факторы, как эмоции, различия в культурном окружении и образовании могут способствовать искажению информации от «передающего» к «получающему». Одним из инструментов, который врач может использовать для определения, правильно ли принял сообщение пациент, является уточнение. Например: «Я слышал, вы сказали... Это так?», «Мне показалось, что было сказано... Я правильно Вас понял?», «Если я вас правильно понял, ...Вы согласны?».

**Уверенность пациента в своём враче уменьшают такие высказывания, как:**

- *«Давайте посмотрим, что будет происходить...»;*
- *«Я не знаю»;*
- *«Надо посоветоваться с медсестрой»;*
- *«Мне не приходилось раньше сталкиваться с этим»;*
- *«Я не уверен в этом»;*
- *«Мне нужно время, чтобы узнать больше»;*
- *«Я должен использовать книги, чтобы узнать о состоянии»;*
- *«Я должен использовать компьютер, чтобы узнать о состоянии».*

Доверие вызывает спокойный, гармоничный и уверенный в себе врач. Всегда ценится пациентами и коллегами чувство ответственности, умение владеть собой, чувство юмора, оптимизм, решительность, хладнокровие, критическое отношение и скромность. Но не надменность, тщеславие, жадность и зависть. **Авторитет = результат лечебной деятельности + мнение окружающих.** Хорошие, товарищеские взаимоотношения в коллективе крайне необходимы. В медицинском коллективе каждый работник имеет своё место, свои обязанности, свой круг деятельности. Современная медицина, будучи чрезвычайно развитой и узко специализированной, все более требует коллективной работы. Это, в свою очередь, требует чёткости взаимодействия и взаимоотношений в

коллективе. Сейчас уже нет ни в одной области медицины специалиста, разбирающегося «во всем». Взаимоотношения врача с коллегами и всем медицинским коллективом требует от него больших знаний и подготовки, культуры поведения и выдержки, воспитания и самовоспитания. Важными качествами каждого врача должны быть доброжелательность по отношению к коллегам, доступность для контактов, готовность обратиться к другим врачам и, напротив, прийти на помощь словом и делом своим коллегам.

#### **4.6.2. Моделирование коммуникативных сценариев: сценарий убеждения, «язык выгод для пациента и врача», отзеркаливание и т.д.**

Ситуация: Пациента ничего явно не беспокоит, а вам нужно убедить его пройти обследование (и он действительно в этом нуждается), либо сделать операцию (если речь идёт о предраковых состояниях), а у вас это получается не более чем в 25% случаев. Значит, нужно моделировать новый коммуникативный сценарий – *сценарий убеждения*, сценарий так называемого «дожима», конструктивной манипуляции пациентом в его же интересах.

Существует **закон Мерфи**: *«Если какая-либо неприятность теоретически имеет шанс произойти, она обязательно произойдёт»*. Если мы готовим на каждую ситуацию отдельный скрипт, то мы как бы статистически уменьшаем вероятность того, что закон Мерфи сработает.

Существует важное правило – если вы совершенствуете конкретный навык, то улучшаются прочие ваши навыки и показатели. Например, если вы улучшаете навык психографии и считывания жестов пациента, то вы начинаете быть более внимательны к нему, лучше понимать его потребности, легче к нему подстраиваться. То есть становитесь более **пациентоориентированными**.

**«Отзеркаливание» пациента** до 50% повышает вероятность максимально договориться с ним. Применяя эту технику, мы словно копируем своего пациента: принимаем такую же позу, разговариваем в таком же темпе, используем те же жесты и т.д.

Один из самых важных навыков в коммуникации с пациентами – разговаривать с пациентами на **«языке выгод»**. Этот навык известен также как FAB (feature – advantage – benefit – характеристика – преимущества – выгода). Сущность навыка состоит в том, чтобы соблазнять пациента не свойствами, не описанием деталей лечения, а именно выгодами той или иной схемы терапии. «Язык выгод» очень эффективен, если доктор правильно его использует. К сожалению, врачи практически не владеют этим навыком, а если и владеют, то не всегда используют его в достаточной степени.

Данный навык нужно применять в любых коммуникациях и адаптировать строго под уровень восприятия пациента. Например, такой

незначительный фактор, как маленький размер тубы мази, может быть воспринят как позитивно (удобный размер, можно брать с собой, не займет много места в сумочке), так и негативно (легко потерять, не хватит надолго). Отсюда следует практический вывод – всегда следует переводить характеристики медицинских сервисов через их преимущества на язык выгод для пациента. Современная ультразвуковая аппаратура также воспринимается как позитивно (гарантия правильного диагноза), так и негативно (облучение организма). Рассмотрим случай с гипертонической болезнью. Применяя «язык выгод», правильно будет сказать, что определённый антигипертензивный препарат имеет длительный период полувыведения, что дает возможность принимать его только 1 раз в сутки и быть спокойным за уровень АД в течение 24 ч. Однако в беседе с обычным пациентом такую характеристику медикамента, как период полувыведения, нужно заменить другой формулировкой: «достаточно долго сохраняется в организме». Т.о., если врач изъясняется сложными «медицинскими» фразами, он рискует не найти взаимопонимания с пациентом и, следовательно, навредит и себе. Чем проще вы обрисовываете выгоды для пациента относительно проведения той или иной терапии, тем легче пациенту согласиться с вашим предложением. Врач обязан уметь разговаривать с пациентом на понятном ему языке. И выгода этого навыка одинаково важна и для врача, и для пациента. Уверенность, спокойствие, размеренная и чёткая речь, компетентность врача положительно сказываются на его имидже и весьма импонируют пациентам.

#### **4.6.3. Коммуникативные приемы и набор ключевых фраз для работы с «возражением»**

Чаще всего «возражения» возникают из-за каких-либо коммуникативных ошибок. Возражения у пациентов возникают тогда, когда врач не до конца прояснил ситуацию и не обосновал свое видение лечебно-диагностического процесса с точки зрения пациента. Ничего страшного в этом нет, это обычная рабочая ситуация. Пациент имеет право возражать. Существуют четыре основные *предпосылки для наличия возражений*:

1. Природное сопротивление всему новому и иному. К примеру, вы объясняете пациенту, что ему нужно изменить привычный образ жизни и что если он будет дальше пить, курить, то все для него может закончиться плохо. Люди не любят меняться, им гораздо легче возразить, поставить ваши утверждения под сомнение: *«Да что эти врачи знают, вечно они запугивают...»*.

2. Ощущение давления и вторжения в личное пространство пациента. Часто в процессе сбора анамнеза приходится докапываться до различных интимных нюансов, а это не всем нравится.



3. Во время вашей аргументации медицинские знания пациента, равно как и отсутствие таковых порождают сомнения, и пациент имеет право высказать их (он что-то читал в Интернете, имел какие-то свои соображения о том, как лечится та или иная проблема). Бывают дотошные «пациенты-аналитики», у которых есть хронические заболевания, к примеру, сахарный диабет, и они действительно много знают о своей болезни, обращаются к разным врачам, а потому склонны экзаменовать доктора.

4. Стереотип о бесплатной медицине – прямой повод для возражений. Часто лечение и некоторые диагностические процедуры приходится оплачивать, а многие пациенты искренне этого не хотят или не могут себе позволить.

#### ***Основные источники возражений:***

1. Пациент хочет получить дополнительную информацию и возражает просто так: *«Вы знаете, я прочитал инструкцию, там столько побочных эффектов», «Доктор, ну зачем же сразу антибиотики»* и т.п.

2. Пациент хочет сопоставить уровень качества (*«Я слышал, что импортные медикаменты ничуть не хуже отечественных и стоят дешевле»*).

3. Возражение как вежливый отказ на ваше предложение. Это самый неприятный тип возражения, очень опасны фразы типа: *«Я подумаю / буду иметь в виду»*. Например, вы предлагаете оперативное вмешательство, необходимость которого не вызывает сомнений, а пациент говорит: *«Мне нужно подумать...»*. Почти всегда это скрытое возражение. После того как вы услышите данную фразу, необходим определённый скрипт вопроса, направленный на «раскрытие» пациента.

Не следует:

- подвергать сомнению обоснованность возражений пациента;
- спорить с пациентом;
- перебивать пациента.

**Как преодолевать возражения?** Эффективна модель ИСИДА (истина, согласие, союз и, другая точка зрения, аргументация).

**Истина.** Вначале нужно выяснить истинное возражение. Часто доктора начинают работать с возражением, по сути, не поняв, в чем оно заключается. К примеру: *«Доктор, ваша схема не работает, мне лучше не становится»*. Почему пациент так решил, каким образом он измеряет эффективность терапии и на какие результаты рассчитывает? Нельзя начинать работу с возражением, не установив истины.

**Согласие.** Услышав «да», человек подсознательно расслабляется. Можно согласиться с чем-нибудь – с частью фразы, с эмоциональным тоном, с самой возможностью возразить. К примеру: *«Да, я это иногда слышу», «Да, иногда это бывает», «Да, некоторые так и думают»*.

Упрямое «но» мы всегда заменяем на доброе и дружественное «и». В беседе это незаметно, а мы при этом уходим от оппонирующего и нелюбимого «но». Эффективно пользоваться такими фразами, как *«и вместе с тем»*, *«и судите сами»*, *«и в то же время»*, *«и мы же с вами понимаем»*. Эти фразы переводят доктора и пациента на одну сторону.

**Другое мнение.** Далее высказывается другое – альтернативное – мнение или точка зрения.

**Аргументация.** Здесь врач говорит, что это другое мнение имеет под собой реальную аргументацию. Хороши ссылки на статистику, исследования, на что-то важное, имеющее доказательную базу.

Например, возражения в стиле *«Я подумаю...»*. Как уже упоминалось, часто пациенты прямо не высказывают возражения, скрывая их за туманными обещаниями подумать. Важное практическое правило: врач не должен «отпускать» пациента после фразы «надо подумать», ведь эта уловка пациента – упущенная возможность для врача. Если пациент говорит «я подумаю», это чаще всего означает, что он уже принял решение не в вашу пользу. И именно поэтому после данной фразы необходим «золотой вопрос». Вот его модификации:

- *«Мне кажется, что у вас остались сомнения по поводу предложенного лечения. Возможно, я что-то не смог вам донести?»*

- *«Кажется, мне не удалось донести все преимущества предлагаемой схемы лечения?»*

В этом случае главное – формулировка. К примеру, нельзя говорить так: *«Мне кажется, что вы не до конца меня поняли»*. Всю ответственность в вопросе нужно брать на себя: *«Мне не удалось...»*, *«Я не смог предоставить вам самую полную информацию...»*.

Если вы точно знаете, что у пациента возникнет то или иное возражение, то вы проговариваете его самостоятельно и тут же работаете с ним. Пациент уже как бы «переболевает» этим возражением. Например, на предыдущем этапе коммуникации пациент неоднократно жаловался, что жить стало тяжелее и денег на хорошие качественные лекарства у людей просто нет. А вам как доктору сейчас предстоит назначить эффективный, но дорогостоящий препарат. И вы практически на 100% убеждены, что сейчас будет возражение: *«Почему препарат такой дорогой?!»*. В этом случае вы применяете следующий ход: объяснив все выгоды своего терапевтического подхода, подходите к цене и сами высказываете возможное возражение: *«Да, я понимаю, что препарат дорогой, но судите сами, вы почувствуете облегчение уже на второй день терапии. Принимая данный препарат, вы решите свою проблему, вам не нужна будет дополнительная комплексная терапия, курс длится всего 3 дня вместо обычных 7-10 дней, что также экономит ваши деньги и время»*.

Есть такие возражения, которые пациент считает абсолютной истиной. Нужно понять, как думает пациент, представить его логику и

далее высказать свою точку зрения: *«Знаете, я вас понимаю, я сам так думал, но, изучив состав и исследования конкретно по этому лекарственному средству и увидев отличные результаты минимум у 100 пациентов, я убедился, что это эффективное средство...»*.

#### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Эффективное общение врача с пациентами и их родственниками.
2. Скрипты и техники коммуникаций при работе с девиантными пациентами.
3. Наиболее распространённые ошибки врача в беседе с пациентом.
4. Техника активного слушания.
5. Техника «преодоления возражений».
6. Сценарии работы врача с пациентом в различных ситуациях.

### **4.7. ТЕХНОЛОГИИ ПУБЛИЧНЫХ ВЫСТУПЛЕНИЙ**

4.7.1. Сущность и понятие публичного выступления

4.7.2. Личность выступающего

4.7.3. Способы формирования позитивного отношения аудитории к оратору.

4.7.4. Технология публичного выступления

4.7.5. Основные правила презентации

#### **4.7.1. Сущность и понятие публичного выступления**

**Публичное выступление** – это передача одним выступающим информации разного уровня в ходе общения с широкой аудиторией.

В повседневной жизни, участвуя в разговоре, мы редко испытываем давление со стороны окружающих и обстановки, в которой протекает разговор. Мы знаем, что в любую секунду, едва оказавшись в затруднительном положении, мы можем отказаться от продолжения разговора и снять с себя какую-либо ответственность за него.

Такие условия общения позволяют нам сконцентрироваться на главном – передаче своих мыслей и информации.

Иначе обстоит дело, когда мы предстаем перед аудиторией, независимо от ее размеров и степени доброжелательности по отношению к нам. Стоя перед слушателями, оратор знает, что ему предстоит до конца произнести свою речь. Он осознает, что на него одного целиком возложена ответственность за встречу с аудиторией.

Оказавшись без привычной поддержки, человек испытывает немало трудностей. В разговоре можно остановиться в любой момент, и всегда найдется тот, кто его продолжит. Во время разговора по лицам и

высказываниям ваших собеседников вы сразу же можете оценить тот эффект, который произвели ваши слова.

Обращаясь же с речью к публике, в ответ вы получаете только молчание. Никто, как правило, не реагирует на ваши высказывания. Никто не отвечает на ваши вопросы, никто не высказывает ни поддержки, ни осуждения.

**Публичное выступление** – это выступление не только на площадях и стадионах, по телевидению, и перед большой аудиторией, публичным выступлением может стать и обращение к руководству, и беседа с новым работодателем, и общение в дружеской компании.

**Выступление на публике** – это возможность наиболее выгодно подать себя (например, при соискании новой должности) и возможность оттачивать навык самопрезентации. От хорошего публичного выступления зависит очень многое – подписанный контракт, новые клиенты, собственный рейтинг и признание в обществе. Яркое и сильное выступление – это когда публика ловит каждое слово оратора, жест и изменение интонации. Это умение вдохновлять и восхищать произнесенной речью.

Умение выступать публично, умение привлечь к себе и своему выступлению внимание аудитории – это великое искусство, которое подвластно далеко не каждому.

#### 4.7.2. Личность выступающего

Личность оратора, его стиль общения с аудиторией, являются определяющими факторами эффективности выступления (Э. Аронсон, Э. Пратканис, 2003).

Можно выделить **три главных компонента ораторского искусства**:

- 1) *информирование* – передача новой, интересной информации;
- 2) *коммуникация* – специфика общения с аудиторией, создание собственного имиджа, исполнение особой роли;
- 3) *сила личности* – способность производить впечатление и оказывать влияние на людей.

Можно выделить несколько **типов ораторов**.

*Эмоциональный оратор* захватывает аудиторию своими эмоциями, держит внимание аудитории на эмоциональном накале.

*«Клубничный» оратор* начинает речь с интересных, интригующих историй, говорит о новых, скрытых или скрываемых от публики фактах.

*Деловой оратор* сразу начинает говорить о потребностях и интересах аудитории и этим удерживает ее внимание.

**Манеры и внешний вид оратора.**

*Особенности манеры речи:*

- установление и ощущение контакта с аудиторией, обязательен контакт глаз с присутствующими, умение почувствовать эмоциональное состояние аудитории, умение создать атмосферу доверия;
- простота и ясность речи;
- устранение скованности в общении с аудиторией, способность чувствовать себя свободно, высказываться естественно;
- акцентирование важных слов, подчинение им неважных;
- изменение тона голоса – то повышение, то понижение, изменение тембра;
- изменение темпа речи – то убыстрение, то замедление;
- умение делать паузу до и после важных мыслей;
- умение избегать употребления «мусорных слов».

#### ***Внешний вид и поведение оратора.***

*Одежда* – хорошая опрятная одежда вселяет уверенность, больше веры в собственные силы и повышает уважение к самому себе.

Социально-психологические исследования установили: люди говорят, что когда они прекрасно выглядят и хорошо одеты, то им легче успешно решать проблемы и добиваться успеха;

*Обаятельная улыбка* – настроение оратора является заразительным;

*Открытые позы и естественная жестикуляция.*

### **4.7.3. Способы формирования позитивного отношения аудитории к оратору**

Для того чтобы аудитория считала оратора *знающим и опытным* человеком, можно применить следующие **способы**:

- предстать перед аудиторией хорошо подготовленным к выступлению;
- показать аудитории, что у оратора имеется множество хороших примеров, иллюстраций и подходящих случаев из личного опыта;
- показать непосредственную причастность к предмету. Кроме признания глубины знаний, это принесет также признание практического понимания предмета речи и личной заинтересованности.

**Д. Майерс** считает, что оратору также необходимо доказать аудитории свою надежность как информатора и просто как человека.

С помощью ряда **способов** оратор может сделать так, чтобы **аудитория считала его надежным человеком.**

1. *Говорить уверенно и периодически устанавливать контакт глаз со слушателями*, а не упираться глазами в потолок.

2. *Подчеркивать общность между собой и аудиторией.*

Чем более слушатели готовы рассматривать оратора как одного из них, тем легче будет воздействовать на них, создавать представление о положительных чертах характера и мотивах выступления. Чем больше слушатели видят в ораторе отличного от них человека, тем труднее ему будет доказать свою надежность.

Величина кредита доверия, который оратор сможет завоевать, во многом зависит от его умения перекинуть мост между собой и аудиторией.

*3. Подчеркивать свои моральные и этические качества.*

Слушатели будут выносить оценочные суждения о характере оратора на основе полученных представлений о его моральных и этических качествах. В ходе своего выступления оратор должен показать себя человеком честным, трудолюбивым, морально сильным, таким, на которого можно положиться.

*4. Подчеркивать свою искреннюю заинтересованность в передаче знаний, достижении слушателями благополучия.*

Доверие устанавливается, если слушатели уверены, что оратор не пытается манипулировать ими.

*5. Формировать благоприятное первое впечатление о себе как об ораторе.* Одеваться соответственно, держаться так, чтобы выглядеть привлекательно.

*6. Вести себя дружелюбно.*

Улыбка и доброжелательный тон голоса помогут создать атмосферу теплоты, чтобы слушатели чувствовали себя комфортно, с интересом воспринимали высказываемые идеи.

#### **4.7.4. Технология публичного выступления**

Подготовка к публичному выступлению начинается задолго до самого выступления и состоит из следующих этапов (Х. Леммерман, 1999):

- 1) подготовительный;
- 2) этап подготовки к конкретному выступлению;
- 3) подбор материала для конкретного выступления.

Существуют многочисленные технологии, затрагивающие определенные аспекты публичных выступлений:

*1. Формирование зрительного контакта с аудиторией.*

Чтобы стать интересным аудитории, нужно показать свой интерес к ней. Это достигается путём формирования зрительного контакта. Формирование зрительного контакта – это не просто осматривание зала, а именно контакт «глаза в глаза» со слушателями.

*2. Вступление.*

Успех выступления во многом определяется его началом, то есть вступлением. Для этого можно использовать следующие техники: интересный факт; презентация выступления; вопрос или цепочка вопросов; шутка, анекдот; комплимент аудитории.

*3. Привлечение и удержание внимания аудитории.*

В процессе выступления искусный оратор использует такие техники привлечения и удержания внимания, как контрастные раздражители; обращение к актуальным проблемам и событиям; обращение к

авторитетным источникам, задавание адресных вопросов, использование юмора.

#### ***4. Вовлечение аудитории.***

Можно выделить несколько техник вовлечения: заботливое уточнение у присутствующих об условиях; вовлечение присутствующих в совместное изменение этих условий, обращение к экспертному мнению специалистов в зале или высказывание различных просьб.

#### ***5. Снятие напряжения по параметру «свой-чужой».***

В некоторых видах публичного выступления решающее влияние на его успешность может оказывать эффект «свой-чужой».

Практика показывает, что если кто-либо высказывает даже выгодное предложение, но воспринимается аудиторией как «чужой», то его предложение, как правило, отклоняется.

Для снятия напряжения по параметру «свой-чужой» необходимо показать аудитории общие, объединяющие с ней элементы.

#### ***6. Завершение выступления и ответы на вопросы.***

По окончании выступления полезно кратко подвести итоги выступления и повторить ключевые мысли и фразы.

Этим вы можете подвести аудиторию к соответствующим вопросам.

Следует понимать, что ответы на вопросы могут существенно повлиять на общее впечатление слушателей от выступления.

Поэтому к ним нужно отнестись особенно внимательно.

### **4.7.5. Основные правила презентации**

Можно выделить несколько правил, которых необходимо придерживаться во время презентации своего выступления.

#### ***1. Правила построения содержания.***

1) содержание должно быть структурировано: стройность и логичность изложения позволяют слушателю не потеряться в презентации; это относится как к плану устного выступления, так и к визуальным элементам;

2) краткость – сестра убедительности: оптимальным объемом презентации считается 24 традиционных слайда, если презентация умещается в 16 слайдов – еще лучше, ну а 12 и менее слайдов – это то, что редко встречается и крепко запоминается;

3) «смерть тексту»: весь ненужный текст следует оставить либо для устного выступления, либо заменить его иллюстративным материалом (графиками, картинками и т.д.).

#### ***2. Правила создания формы.***

1) думать о зрителе: при разработке формы презентации всегда следует думать о том, как зритель ее будет видеть; в первую очередь нужно решить вопрос с носителем (на бумаге, экране монитора или большом экране с помощью проектора);

2) последовательность и единство оформления: для соблюдения последовательности презентации нужно использовать возможности программы Powerpoint.

### **3. Основные правила выступления.**

1) стройте выступление на аргументах, а не на слайдах: презентер должен вести аудиторию не от слайда к слайду, а от тезиса к аргументу, от аргумента к примеру, от вывода к выводу;

2) готовьтесь к выступлению: выступление должно быть подготовлено, прорепетировано и даже отхронометрировано; это не исключает использование в выступлении искренности и импровизации;

3) помните, что аудитория – это живые люди: за те минуты, что отводятся на презентацию, презентер должен заставить слушателей поверить ему;

4) верьте в то, что говорите – только в этом случае вам поверят;

5) позволяйте себе эмоции: сказанное в сердцах точное словцо электризует аудиторию;

6) готовьте презентацию с тройным запасом прочности: накладки, конечно же, случаются, но главное, чтобы они не заставляли вас врасплох.

### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Повседневный разговор и публичное выступление: общие черты и различия.

2. Личность оратора как фактор, определяющий эффективность выступления.

3. Роль манер и внешнего вида оратора в публичном выступлении.

4. О формировании позитивного отношения аудитории к оратору.

5. О важности зрительного контакта с аудиторией.

6. Техники привлечения и удержания внимания во время публичного выступления.

7. Надежность оратора как показатель его мастерства.

8. Типология ораторов.

9. Роль первого впечатления в оценке деятельности оратора.

10. Об основных правилах презентации.

## **4.8 КОММУНИКАТИВНЫЕ БАРЬЕРЫ В ПРОЦЕССЕ ОБЩЕНИЯ**

4.8.1. Возникновение коммуникативных барьеров в процессе общения врача с пациентами, родственниками пациентов и коллегами в различных ситуациях.

4.8.2. Коммуникативные барьеры социального и психологического характера: фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный, низкий уровень информированности,



заинтересованности и ответственности за собственное здоровье у населения.

#### 4.8.3. Ограничения процесса коммуникации в сфере здравоохранения.

##### **4.8.1. Возникновение коммуникативных барьеров в процессе общения врача с пациентами, родственниками пациентов и коллегами в различных ситуациях**

**Барьеры коммуникации** – помехи, мешающие осуществлению контактов и взаимодействию между коммуникатором и реципиентом. Они препятствуют адекватному приёму, пониманию и усвоению сообщений в процессе осуществления коммуникативных связей.

**Основные препятствия на пути полноценной коммуникации в диаде «врач - пациент»:**

1) Использование в беседе упрощённых техник или схем. Например, врач выступает в роли «назидателя» или «опекуна», а пациент в роли исполнителя или ученика. В этих случаях из уст врача наиболее часто звучат такие фразы *«постарайтесь успокоиться»*; *«возьмите себя в руки»*; *«все будет хорошо»*; *«постарайтесь отвлечься»*. В таких ситуациях врач пытается просто уйти от сложной ситуации и перекладывает ответственность за данное состояние на пациента, забывая, что коммуникация сама по себе и есть лечебный процесс.

2) Личностные характеристики врачей и пациентов различны. Но понимание личностных особенностей пациента позволяют врачу эффективно взаимодействовать с ним.

3) Отсутствие знаний и навыков использования различных форм и методов коммуникаций. Неправильный выбор языковых средств. Личности и их характеристики обычно мало меняются в течение жизни, но использование даже простых техник коммуникаций может помочь общению. Поэтому очень важен предшествующий опыт врача, знания различных форм и методов коммуникаций.

4) Различие в восприятии является распространенной преградой на пути обмена информацией. Пациенты обычно хотят знать свой диагноз, но могут недооценивать его значение и могут неохотно спрашивать о нём. Их восприятие информации отличается от того, что сказал и хотел сказать врач. Некоторые пациенты могут не желать знать «правду». Отрицание является иногда эффективным механизмом совладания (адаптации). Неведение, особенно в отношении вещей, которые не могут быть изменены, позволяет людям продолжать функционировать. В зависимости от ситуации, иногда уместно помочь пациенту принять решение в его темпе или сказать *«Мы, возможно, обсудим это позже»* и оставить это пациенту для принятия собственного решения.

5) Недостаточное понимание или оценка необходимости риска. Многие из того, что советует или делает врач, зависят от оценки преимущества риска в сравнении с другими, менее рискованными действиями. Часто, лучшее, что врачи могут сделать, – это измерить риск и дать ему количественную оценку. Пациентам можно помочь, сказав, что могли бы сделать, находясь в подобных обстоятельствах, вы, но подчеркнуть, что не вы, а они сами должны принять решение. Этот подход *«если бы я был в Вашей ситуации»* особенно полезен в работе с родственниками, которым, возможно, предстоит принимать решения от имени своих престарелых родителей.

***Причинами плохой коммуникации могут быть:***

- 1) стереотипы – упрощенные мнения относительно отдельных лиц или ситуаций, в результате нет объективного анализа и понимания людей, ситуаций, проблем;
- 2) «предвзятые представления» – склонность отвергать все, что противоречит собственным взглядам, что ново, необычно («Мы верим тому, чему хотим верить»);
- 3) плохие отношения между людьми, поскольку если отношение человека враждебное, то его трудно убедить в справедливости вашего взгляда;
- 4) отсутствие внимания и интереса собеседника, а интерес возникает, когда человек осознает значение информации для себя;
- 5) пренебрежение фактами, т.е. привычка делать выводы-заключения при отсутствии достаточного количества доказательств;
- 6) ошибки в построении высказываний: неправильный выбор слов, сложность сообщения, слабая убедительность, нелогичность и т.п.;
- 7) неверный выбор стратегии и тактики общения;
- 8) невербальные сигналы могут затруднять коммуникацию, если они вступают в противоречие со значением слов;
- 9) плохая обратная связь и неумение слушать мешают эффективному обмену информацией.

Применение *пациент-центрированного подхода*, стремление взглянуть на ситуацию с его точки зрения, сделает пациента более раскованным, более свободным и приведет к более эффективному консультированию и диагностике. Это также поможет сэкономить время.

Отмечают, что проблемы общения в здравоохранении могут возникнуть как результат того, что работники здравоохранения больше фокусируются на болезнях и их лечении, чем на людях и их проблемах здоровья. Пациент-центрированные подходы в оказании помощи все больше защищаются потребителями и клиницистами и включены в подготовку работников здравоохранения.

Клинический пример: Врач хочет госпитализировать пожилую женщину с абдоминальной болью для серии исследований, но она

сопротивляется госпитализации. Возможны следующие причины такого поведения:

- она боится того, что серьёзно больна;
- она не хочет оставлять кошку одну в доме;
- она – вегетарианка и боится, что не сможет есть больничную еду;
- она не хочет, чтобы кто-либо знал о том, что она храпит;
- она не может позволить себе новую ночную рубашку.

Открыто травмирующими для пациента могут быть выражения: *«надо срочно лечь в больницу», «ну, и попотели мы над вашей операцией, голубчик», «как же вы можете заснуть, если у вас давление 200/100», «такая молодая, а такая больная», «ваше сердце старше вас»; на массаже – «протяните ноги», «у вас же нет вен», «ваше положение очень серьезно», «ваше заболевание почти неизлечимо в наше время», «вам придется болеть долго», «сосуды склерозированы, аорта расширена, прожили бабушка и хватит», и т.п.*

#### ***Возникновение коммуникативных барьеров с коллегами.***

Нередко возникают трения между «опытными» и «молодыми» врачами. *Барьер «авторитет».* Разделив всех людей на авторитетных и неавторитетных, человек доверяет только первым и отказывает в доверии другим. Т.о., доверие и недоверие как бы персонифицируются и зависят не от особенностей передаваемой информации, а от того, кто говорит. Например, опытные специалисты слабо прислушиваются к советам молодых.

«Соревнование» между врачами одного поколения в знаниях, профессионализме, завоевании авторитета у пациентов часто принимает нездоровый характер, приводя к трениям, спорам, конфликтам. Напряженность отношений между членами коллектива ведёт к возникновению беспокойства у пациентов, даже к ухудшению их состояния. Доброжелательность должна сочетаться со справедливостью, максимальной требовательностью и строгостью соответственно вине (если она доказана) своего коллеги. Недопустимым является пренебрежительное или высокомерное отношение к коллегам, амбициозность, самодовольство врача. Исключительно вредной характерологической чертой врача является завистливость.

#### **4.8.2. Коммуникативные барьеры социального и психологического характера: фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный, низкий уровень информированности, заинтересованности и ответственности за собственное здоровье у населения**

Выделяют коммуникативные барьеры социального и психологического характера. С одной стороны, такие барьеры могут возникать из-за того, что отсутствует понимание а) ситуации общения,

вызванное не просто различным языком, на котором говорят участники коммуникативного процесса, но **б)** различиями более глубокого плана, существующими между партнёрами. Это могут быть социальные, политические, религиозные, профессиональные различия, которые не только порождают разную интерпретацию тех же самых понятий, употребляемых в процессе коммуникации, но и вообще различное мироощущение, мировоззрение, миропонимание. Такого рода барьеры порождены объективными социальными причинами, принадлежностью партнёров по коммуникации к различным социальным группам, и при их проявлении особенно отчетливо выступает включенность коммуникации в более широкую систему общественных отношений. Коммуникация в этом случае демонстрирует ту свою характеристику, что она есть лишь сторона общения. Естественно, что процесс коммуникации осуществляется и при наличии этих барьеров: даже военные противники ведут переговоры. Но ситуация коммуникативного акта усложняется благодаря их наличию. С другой стороны, барьеры при коммуникации могут носить и более чисто выраженный психологический характер. Они могут возникнуть или **в)** вследствие индивидуальных психологических особенностей общающихся (например, чрезмерная застенчивость одного из них, скрытность другого, присутствие у кого-то черты, получившей название «некоммуникабельность»), или **г)** в силу сложившихся между общающимися особого рода психологических отношений: неприязни по отношению друг к другу, недоверия и т.п.

#### **Коммуникативные барьеры бывают:**

1. Фонетическое непонимание – разные языки.
2. Семантический барьер – различие в системе значений участников общения.
3. Стилистический – несоответствие стиля речи коммуникатора и ситуации общения.
4. Логический барьер – логика рассуждения коммуникатора либо слишком сложна либо кажется не верной.
5. Социально-культурный барьер – социальные, политические, духовные различия, определяющие степень авторитета коммуникатора.

1. **Фонетический барьер** может возникать, когда врач и пациент говорят быстро и невыразительно или на разных языках и диалектах, имеют дефекты речи и дикции. Разное восприятие информации у разных людей зависит от характера мышления, круга интересов, эмоционального состояния, уровня образования, жизненного опыта, пола, возраста.

2. **Семантический (смысловой) барьер** связан с проблемой жаргонов, свойственных людям определенных возрастных групп, профессий или социального положения (например, язык подростков, наркоманов, моряков, хакеров, жителей удаленных местностей и т.д.). Семантика изучает способ использования слов и значения, передаваемые

словами. Поскольку слова в виде символов могут иметь разное значение для разных людей, их интерпретация получателем информации может не совпадать со смыслом, заложенным отправителем. Часто одни и те же слова могут иметь разное значение и их употребление может вызвать неверное понимание. Снятие такого барьера – актуальная проблема для представителей медицинской профессии, поскольку от его преодоления зависит успешность терапевтического контакта. Поэтому у врача должны быть навыки усвоения чужих семантических систем. Особенно важно это для врача скорой медицинской помощи. Специфика работы в службе экстренной помощи обязывает врача владеть в полной мере всеми приёмами психологии общения и уметь быстро ориентироваться и налаживать контакт с пациентами, а также с родственниками, очевидцами происшествий, работниками милиции и т.д. В экстренных ситуациях правильно собранный анамнез, быстрый контакт с пациентом часто стоит человеку жизни. С другой стороны, бывает, что медработник сам провоцирует возникновение смыслового барьера у пациента, без надобности используя профессиональные термины.

3. Возникновение **стилистического барьера** возможно при несоответствии речи врача ситуации общения, например, при его фамильярном поведении, когда он всех пациентов старше определённого возраста называет «бабуля» и «дедуля», не учитывает психологических особенностей людей и их психологического состояния (изменение сознания вследствие заболевания или приема лекарственных препаратов).

4. Когда врач проводит психопрофилактические беседы с пациентами перед всевозможными вмешательствами, обучает их навыкам приёма лекарственных препаратов, использованию аппаратуры, знакомит с различными методиками здорового образа жизни, может возникнуть **барьер логического непонимания**, т.е. логика рассуждений врача может быть либо слишком сложна для пациента, либо казаться ему неверной или неубедительной. Логика доказательств пациента также может быть ошибочной с точки зрения врача.

5. Причиной возникновения **социально-культурных барьеров** может выступать восприятие пациента как лица определенной профессии, национальности, пола, возраста, социального статуса. Врач должен быть готов также к тому, что для определенной части пациентов его авторитет недостаточен; особенно это актуально для молодых врачей.

6. В процессе общения врача и пациента могут возникать и **барьеры отношений**. Речь идёт об отрицательных эмоциях, которые вызывает человек (при чём, причину этого часто трудно осознать), о формировании к нему отрицательного отношения, которое распространяется и на передаваемую им информацию («Зачем вы слушаете эту Марию Ивановну? Разве она может что-нибудь путное сказать?»).

Рассматривая *сущность психологического барьера*, нельзя не заметить, что любой из них – это, прежде всего защита, которую выстраивает пациент на пути предлагаемой ему информации. Например, представим себе заядлого курильщика, почувствовавшего себя плохо и обратившегося за советом к своему другу, профессиональному медику. Друг, оценив состояние его здоровья, заявляет о необходимости бросить курить, приводя следующий аргумент: *«У тебя становится жестким дыхание, и сердце пошаливает»*. Если человек не хочет затрачивать усилия и расставаться с устойчивой привычкой, как он может защититься от столь неприятной и травмирующей информации? Есть несколько психологических барьеров, которые используются с этой целью. Первый путь – искажение такой информации, повышенное внимание ко всем противоречащим ей фактам: *«Сегодня я чувствую себя значительно лучше, сердце спокойно – это было временное явление»* или: *«В этой заметке говорится о том, что курение помогает справиться со стрессом»*. Второй путь – снижение авторитетности источника информации: *«Конечно, он врач, но уже много лет как занимается гастроэнтерологией. Много он понимает в сердечных болезнях!»*. Наконец, третья возможность – защита через непонимание; *«Знал бы он, что такое действительно плохое дыхание! Вот у моего соседа, например! И ничего, курит»*.

**Невербальные преграды.** Невербальные символы могут мешать правильной передаче информации, процессу восприятия, например монотонный тихий голос, неадекватная мимика, излишняя жестикация.

**Плохая обратная связь.** Отсутствие обратной связи по поводу посланного сообщения может послужить преградой в коммуникации. Обратная связь важна, так как дает возможность установить, действительно ли ваше сообщение, принятое получателем, истолковано в том смысле, в каком вы его передали. Существует множество причин неправильного понимания сообщения.

**Неумение слушать.** Природа дала человеку два уха и только один язык, тонко намекнув, что лучше больше слушать, чем говорить. Люди, не слушающие, получают меньше информации для принятия взвешенных решений.

**Плохое слушание** – это не отсутствие слушания, а такое слушание, при котором говорящему создаются определённые помехи, затрудняется процесс говорения.

Выделяют ряд ответных суждений слушающего, которые создают трудности говорящему (**«барьеры общения»**):

- приказ, указание, команда: *«Повторите еще раз!»*, *«Говорите медленнее»*, *«Не говорите со мной подобным образом!»*;
- предупреждение, угроза, обещание: *«Ещё раз повторится – и с Вами все кончено»*, *«Успокойтесь, и я Вас охотно выслушаю»*, *«Вы пожалеете, если сделаете это»*;

- поучение, указание на целесообразность: *«Вам следует пойти первым», «Это неправильно», «Вам не следует так поступать»;*
- совет, рекомендация или решение: *«Почему бы Вам не сказать так?», «Я бы предложил Вам обжаловать это!», «Попробуйте поступить так»;*
- нравоучения, логическая аргументация: *«Посмотрите на это иначе», «Вам это поручено, значит – это Ваша проблема», «В Вашем возрасте я и такого не имел»;*
- осуждение, критика, несогласие, обвинение: *«То, что Вы сделали, глупо», «Теперь Вы на верном пути», «Я больше не могу спорить с Вами», «Я ведь предупреждал Вас, что это случится»;*
- похвала, согласие: *«Я считаю, что Вы правы», «Это было замечательно», «Мы гордимся Вами»;*
- брань, необоснованные обобщения, унижение: *«Ну, хорошо, господин Всезнайка!», «Все пациенты одинаковы»;*
- интерпретация, анализ, диагностика: *«Вы действительно в это не верите, не так ли?», «Вы говорите это, чтобы только расстроить меня», «Теперь мне понятно, почему Вы это сделали»;*
- успокаивание, сочувствие, утешение, поддержка: *«В следующий раз Вы будете чувствовать себя лучше», «Я тоже испытывал такое чувство», «Все делают ошибки», «Мы все поддерживаем Вас»;*
- выяснение, допрос: *«Кто Вас надутил?», «Что же Вы сделаете в следующий раз?»;*
- увод от проблемы, отвлечение внимания, шутка: *«Почему бы Вам не выбросить это из головы?», «Давайте поговорим о чем-нибудь другом», «А что если каждый раз, когда что-либо не получается, бросать заниматься этим?».*

Эти виды реакций слушающего оказывают разрушительное воздействие на общение. Они, как правило, мешают собеседнику и нарушают ход его мыслей. Большинство из них означает желание изменить ход мыслей собеседника или переделать его самого. Эти помехи неизменно заставляют собеседника прибегать к защите, вызывая раздражение и возмущение. В результате он начинает отстаивать свою точку зрения или стремится скрыть свои мысли и чувства. Эффект всегда один: люди не слышат то, что им говорят, то есть плохо слушают.

**Отсутствие слушания.** Существует множество причин, по которым люди не слушают говорящего. Многие из них довольно просты: человек не слушает, когда устал, когда чем-либо расстроен или когда поступающая информация ему не интересна, иногда слушать просто лень. Однако тому, что человек не может слушать, есть ряд причин, которые не всегда очевидны.

1. Человек не слушает тогда, когда чрезмерно занят собственной речью. Именно по этой причине бессмысленно пытаться перекричать в

ссоре или споре своего оппонента, целесообразно, выслушав его, представить свои аргументы.

2. Ошибочное представление, что слушать – значит просто не говорить; слушание – это активный процесс, требующий постоянных усилий, значительного внимания и сосредоточения на предмете беседы.

3. Слушание отсутствует тогда, когда человек поглощен самим собой, своими переживаниями, заботами или проблемами; особенно не слушают в критические моменты жизни, когда надо было бы прислушаться.

4. Люди не слушают просто потому, что не хотят. Как уже отмечалось, слушание всегда предполагает желание слушать. В отдельные моменты, конечно, каждый может отвлекаться от разговора. Внимательное слушание вряд ли возможно в возбужденном состоянии или когда у слушающего уже сложилось определенное мнение по обсуждаемому вопросу. Кроме того, в состоянии волнения или неуверенности у человека может возникнуть боязнь услышать то, о чем он меньше всего хотел бы узнать. Едва ли будет внимательно слушать и тот, кто считает себя специалистом обсуждаемой темы и имеет готовые ответы на все вопросы.

5. Люди не слушают также и потому, что просто не умеют слушать. Тот, кто в период формирования личности воспитывается в семье с низкой культурой общения, склонны копировать дурные привычки, как, например, стремление переговорить или перебивать собеседника, истолковать молчание другого как слушание, высказать скоропалительные выводы. Многие начинают учиться слушать только тогда, когда это становится необходимо или когда они понимают, что это в их интересах.

6. Одной из главных причин неэффективного слушания является склонность людей к суждениям, оценкам, одобрению и неодобрению заявлений других, т.е., первая реакция человека – это суждение о явлениях со своих личных позиций. Очень часто, однако, реакция, основанная на личных убеждениях, является серьёзной помехой эффективного слушания.

**Нерефлексивное слушание** – внимательное молчание, когда не вмешиваются в речь говорящего с замечаниями. При нерефлексивном слушании понимание может быть выражено с помощью различных невербальных проявлений. Если в процессе нерефлексивного слушания возникают определённые замечания к речи говорящего, выражать их следует очень кратко и, по возможности, нейтрально. Так или иначе, ответы при нерефлексивном слушании должны быть сведены к минимуму типа: «Да!», «Ну-и-ну!», «Продолжайте», «Интересно» и т.д. Можно выделить ряд ситуаций, в которых целесообразно применить нерефлексивное слушание как более полезное и эффективное:

- на этапах постановки проблемы, когда она только формируется говорящим;
- когда собеседник проявляет такие чувства, как гнев или горе;



- когда собеседник проявляет большую мотивацию высказаться, горит желанием высказать свою точку зрения;
- когда собеседник собирается (хочет) обсуждать наболевшие вопросы.
- когда говорящий возбуждён, с трудом выражает свои мысли или испытывает трудности в выражении своих проблем;
- при общении с застенчивыми людьми;
- при проведении медицинского интервью.

**Психологические особенности, снижающие коммуникативную компетентность врача.** Профессиональная деятельность врача связана с разработкой стратегии и тактики терапевтического воздействия и, следовательно, требует умения прогнозировать события, предвосхищать возможные варианты развития заболевания, осложнения, последствия фармакологического лечения. В связи с этим важно наличие у врача такой характеристики, как *тревожность*, которая влияет на его прогностические возможности, выполняя в зависимости от степени выраженности как адаптивную, так и дезадаптивную роль. Интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизующую, разрушающую функцию, парализуя продуктивную работу психических процессов. Интенсивная тревога мешает:

- адекватно оценить ситуацию;
- определить возможные варианты ее развития и выбрать наиболее правильное при данных обстоятельствах решение;
- прерывают коммуникацию врача с пациентом;
- разрушают психологический контакт между врачом и пациентом;
- тревога врача «передается» пациенту и дезорганизует его;
- под влиянием тревоги нарушаются различные функции организма, вследствие чего могут возникнуть расстройства сна, снижение аппетита, либо, напротив, его повышение (у некоторых пациентов в состоянии тревоги возникает булимия);
- врачи, склонные реагировать на любые изменения повышением тревоги, обычно малопривлекательны для пациентов, которые предпочитают более стабильных и эмоционально уравновешенных врачей.

Врач, имеющий склонность к депрессивным реакциям, не вызывает доверия пациента. Наблюдая, как лечащий врач реагирует чувством вины на любую, самую незначительную неудачу, неточность, ошибку, пациент начинает подозревать его в некомпетентности, перестает ему верить. Погруженный в собственные переживания врач может, с одной стороны, не заметить улучшения в состоянии пациента, вовремя не поддержать его, подчеркнув симптомы выздоровления, а с другой стороны, «заразить» своего больного тоскливой безнадежностью, разрушить позитивные эффекты проведенной терапии.

Врач-интроверт, погружённый в свой психологический мир, занятый собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми и обнаруживает беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими. Интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях, недостаточной способностью откликаться на боль и страдание другого, отзываться на его беспокойство и тревогу. Выступая в роли «коммуникативного барьера», препятствующего эффективному общению, это качество способно снизить коммуникативную компетентность врача.

Каким образом врач может стремиться к достижению взаимопонимания в беседе с пациентом? Лексический консенсус достигается, если говорящий использует в беседе те слова-шаблоны, применение которых во время предыдущих встреч помогало найти общий язык, даже если в данном случае можно было выразить свою мысль гораздо проще и яснее. В данном контексте особое значение приобретает первая встреча врача с пациентом, результат которой зависит от её установки на достижение взаимопонимания. Именно принятый врачом при первой встрече стиль общения в дальнейшем определит конструктивность общения в целом. Для эффективной передачи информации: проясняйте свои идеи перед началом их передачи; исключайте двусмысленные слова; следите за интонацией голоса, языком собственных поз, жестов; излучайте эмпатию и открытость; добивайтесь установления обратной связи.

#### **4.8.3. Ограничения процесса коммуникации в сфере здравоохранения**

*Вызовы коммуникации в сфере здравоохранения.* Некоторые люди абсолютно невосприимчивы к информации, касающейся вопросов здоровья. Они твёрдо придерживаются своих взглядов и отвергают все новое. Интенсивная коммуникация может подавить восприимчивость и вызвать отторжение информации. Препятствием для восприятия знания может оказаться и влияние окружение (семья, друзья, коллеги по работе).

*Ряд ограничивающих коммуникации в здравоохранении факторов:* мало ресурсов, недостаток профессионалов, отсутствие возможности организовать работу по здоровьесбережению на долговременной основе. При непрофессионально организованном процессе коммуникации установление партнерских отношений не представляется возможным.

***Ограничения процесса коммуникации в сфере здравоохранения в следующем:***

1. Ограничение ресурсов и проектный характер финансирования, прежде всего, по отношению к проектам, посвященным ЗОЖ. Долгосрочные перспективы по содействию сохранению и укреплению здоровья не являются приоритетными, поскольку большинство проектов не рассчитаны на более долгий промежуток времени, чем от 1-3 года.

2. Отсутствие профессионального специалиста в организациях здравоохранения, занимающихся информированием населения по вопросам здоровья; отсутствие стратегии и планирования коммуникации; не определены или неясны субъекты, ответственные за коммуникацию (ответственность поделена между несколькими участниками, а совместные действия не удаются).

3. Потребность в популяризации – нет навыков подачи информации в популярной, доступной и лаконичной форме.

4. Ожидание приоритетности освещения вопросов по сохранению и укреплению здоровья в СМИ наравне с другими социально значимыми проблемами. СМИ занимаются поиском новостей и сенсаций, способных привлечь внимание общественности. Часто информация о здоровье не включается в значимый ряд сообщений в общем информационном потоке.

5. Мифологизация и стереотипизация общественного сознания – у людей существуют стойкие ошибочные убеждения (*например, что в водке калорий меньше, чем в пиве*), и при получении правдивой и профессиональной информации о здоровье запускаются внутренние защитные механизмы и происходит отторжение, что впоследствии может привести к проблемам со здоровьем.

6. Непонимание необходимости долгосрочной работы над одной проблемой со стороны всех субъектов коммуникации в здравоохранении. СМИ часто ошибочно считают, что вопросы здоровья уже освещены в полном объеме, специалисты, выступающие источниками информации о здоровье, не считают ее актуальной и не раскрывают новых аспектов, требующих профессионального мнения. Население, в свою очередь, демонстрирует низкий уровень информированности (хотя номинально он высок), заинтересованности и ответственности за собственное здоровье.

### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Деловая коммуникация в профессиональной деятельности врача.
2. Техники преодоления коммуникативных барьеров.
3. Межличностное общение врача с коллегами.
4. Эмоции в работе врача.
5. Конфликты в медицинской среде и пути их разрешения.
6. Особенности профессионального взаимодействия врачей, коммуникативные барьеры при общении с коллегами и пути их преодоления.

## **4.9 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИНФОРМИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПАЦИЕНТОВ**

4.9.1. Медицинская информация как канал коммуникации в реализации основных задач здравоохранения.

4.9.2. Практические способы адаптации текста и информационных сообщений.

4.9.3. Публикации и выступления в средствах массовой информации.

4.9.4. Пресс-конференция, пресс-релиз, статьи, интервью, комментарии, касающиеся вопросов здоровья населения. Электронные средства массовой информации – телевидение, радио; печатные средства массовой информации – газеты, журналы, профессиональные издания, печатные издания организаций, любительские издания; интернет и электронная почта; интернет-средства массовой коммуникации (социальные сети); реклама.

4.9.5. Организация и участие в мероприятиях по проведению Всемирных Дней здоровья.

4.9.6. Организация «горячих линий», «круглых столов», участие в пресс-конференциях, проведение семинаров, издание научно-популярной литературы, проведение факультативных занятий, лекций, тренингов в учреждениях образования.

### **4.9.1. Медицинская информация как канал коммуникации в реализации основных задач здравоохранения**

В зависимости от характера, содержания и сферы применения **медицинская информация** подразделяется на:

- *научную* – сведения из научных и профессиональных публикаций, отражающие адекватно современному состоянию медицинской науки и практики объективные закономерности в области медицины, здравоохранения и смежных фундаментальных и прикладных научных дисциплин;
- *информацию*, возникающую в процессе оказания медицинской помощи и отраженную в медицинских документах, статистическую информацию;
- *общественную информацию* по вопросам здравоохранения (официальная информация о политике в области здравоохранения, социологическая информация о потребностях населения в медпомощи, а также научно-популярные медицинские знания, ориентированные на формирование основ здорового образа жизни населения);
- *информационно-рекламную и конъюнктурную информацию* (сведения о новых технологиях, препаратах и оборудовании медицинского назначения и конъюнктуре медицинского рынка).

Медицинская информация **необходима** для принятия решений на любом из уровней управления здравоохранением; это общий и ценный ресурс, который, как и другие ресурсы, следует планировать, регулировать, финансировать и возобновлять.

Научная медицинская информация **включает** все виды научной медицинской литературы, научных и технических документов (первичные информационные источники), а также все виды вторичных информационных источников, в которых главным образом содержится информация о содержании первичных информационных источников. Научная медицинская информация включает сведения из медицинских публикаций.

Стремительно увеличивающийся поток информации (часто называемый *информационным взрывом*), создает проблемы, среди которых наиболее существенными являются затруднения в поиске необходимой информации, физические трудности в освоении всего потока информации по любой медицинской тематике и необходимость оценки качества содержащейся в них научной медицинской информации; языковые и терминологические трудности при расширении медицинской лексики; запаздывание в освоении и использовании потребителями уже опубликованной научной медицинской информации.

**Информатизация** – организационный, социально-экономический и научно-технический процесс, обеспечивающий условия для формирования и использования информационных ресурсов и реализации информационных отношений (*Из Закона Республики Беларусь от 10 ноября 2008 г. № 455-З «Об информации, информатизации и защите информации»*).

Определяющая тенденция мирового развития – повсеместное внедрение информационно-коммуникационных технологий во все сферы человеческой деятельности – государственное и местное управление, материальное производство, здравоохранение, культуру, науку, социальную сферу и т.д. Актуальной проблемой современного здравоохранения, ключевым моментом в достижении эффективности его инфраструктуры является информатизация – создание единого информационного пространства для всех заинтересованных сторон: пациентов, врачей, организаций и органов управления здравоохранением.

#### **Основные источники информации о здоровье:**

1. Официальные структуры здравоохранения (министерство здравоохранения (<http://minzdrav.gov.by/>) и министерство труда и социальной защиты (<http://mintrud.gov.by/ru>), управления здравоохранением областных исполнительных комитетов и пр.), организации здравоохранения, учреждения медицинского образования (<http://www.vsmu.by/>);

2. Эксперты лечебно-профилактических, научно-исследовательских учреждений и отраслевых организаций;
3. Результаты научных исследований;
4. Некоммерческие организации в здравоохранении и партнерской сети (культура, спорт, образование и пр.);
5. Специальная литература: руководства, пособия, памятки;
6. Интернет – при работе с интернет-ресурсами важно проверить надёжность и достоверность источника информации, учесть плюрализм точек зрения, исключить (минимизировать) лоббирование интересов коммерческих структур;
7. Коммерческие структуры – в условиях развития рыночных отношений не исключается возможность осуществления взаимодействия с коммерческим сектором (на различных условиях).

#### **4.9.2. Практические способы адаптации текста и информационных сообщений**

Только доступная и четко сформулированная информация дойдёт до *целевой аудитории*. Поэтому предназначенная для широкой аудитории информация должна быть изложена в максимально популярной форме.

Насыщенный медицинскими терминами язык можно перевести на обычный язык и сделать понятным так же, как это происходит при переводе иностранной речи. Иногда и простого «перевода» бывает недостаточно, текст нужно переписать заново, упростить, сократить, или, например, проиллюстрировать с помощью обыденных примеров или обращаясь напрямую к читателю или слушателю.

##### ***Способы адаптации текста:***

1. Переведите или поясните заимствованные слова. Терминологию можно перевести точно так же, как переводят с иностранного языка. Используйте, например, вместо термина «атеросклероз» словосочетание «сужение просвета кровеносных сосудов», а вместо «содержания липидопотеинов» говорите о «содержании жиров».
2. Поясняйте термины и раскрывайте сложные понятия. Например, термины холестерин LDL и холестерин HDL трудно поддаются переводу, но о них принято говорить, как о «хорошем» и «плохом» холестерине.
3. Откажитесь от сложных синтаксических конструкций и используйте короткие простые предложения (особенно в устной речи). Оперативная память человека в состоянии образовать фразу максимум из 15-20 слов.
4. Сокращайте текст, не нужно исчерпывающе раскрывать какой-либо вопрос, чтобы у слушателя или читателя сохранялся интерес к теме. Иногда стоит пожертвовать деталями, чтобы суть дела стала более понятной.
5. Проиллюстрируйте рассматриваемую проблему с помощью примеров из повседневной жизни, это позволит человеку полностью включиться в обсуждаемую тему.

6. Персонифицируйте обращение к слушателю или читателю, покажите, например, что здоровый образ жизни может дать именно этому конкретному человеку. Например, курение табака приводит к повышению АД, а если человек бросит курить, давление снизится. Не говорите о том, во что обходится обществу лечение диабета, но сосчитайте, сколько это стоит каждому человеку.
7. Излагайте материал так, чтобы он был увлекательным. Расскажите, например, историю конкретного человека или используйте ролевую модель. Эффективным контекстом восприятия может быть рассказ о каком-либо известном человеке, которому удалось что-то изменить в образе жизни и избавиться от проблем со здоровьем. Личностный опыт складывается из наглядных примеров жизни окружения человека (семья, друзья, знакомые, знаменитости и пр.).
8. Даже замена пассивной грамматической конструкции активной делает излагаемый вопрос более близким человеку (вместо «мазь наносится» скажите «нанесите мазь»).
9. Вместо негативных образов используйте позитивные примеры и модели, которым хочется следовать (*«Твоя кожа станет свежей и сияющей, когда ты бросишь курить»* вместо *«Если ты будешь курить, у тебя разовьется рак кожи, что является причиной летальных исходов»*).
10. Старайтесь быть оригинальными. Будьте смелы. Хорошим примером является народное движение «Бунт против похмелья» в Финляндии. Участники движения подвергают сомнению положение, занимаемое алкоголем в обществе, и громогласно борются, прежде всего, против рекламы алкоголя, адресованной молодёжи.
11. Для формирования мотивации необходимо пробуждение эмоций, одной только информации недостаточно. Исследования активности мозга показали, что человек принимает решения на основе эмоций и только позже находит рациональную причину. Например, если человек бросает курить, он чувствует удовольствие и удовлетворение от того, что ему удалось это сделать. А позже он ощущает это физиологически (улучшается обоняние, цвет кожи, состояние волос и ногтей и т.д.), что впоследствии и считает рациональной причиной отказа от курения.
12. Допускается использование при освещении вопросов здоровья приёмов рекламы. Необходимо пробудить сильные эмоции (например, эмпатию).
13. Человек погружается в так называемое потоковое состояние «flow», находясь в котором он видит только цель (себя самого более стройным и хорошо выглядящим) и меняет свое поведение (худеет), претендуя на награду (успех). Цель при этом должна быть реальной и заслуживающей борьбы за награду.
14. Будьте терпимы и относитесь с пониманием к ценностям целевой аудитории, даже если они отличаются от ваших собственных, например,

религия или различия в образе жизни жителей города и провинциалов (городского и сельского населения).

15. Повторяйте сказанное ранее. Помните, что объём коммуникации должен иметь разумные границы, и чрезмерная коммуникация в сфере здравоохранения может притупить восприятие.

16. Чёткая формулировка помогает понять содержание.

17. Информацию можно оживить и сделать более интересной с помощью иллюстраций, рисунков и графиков, которые существенно облегчат восприятие.

#### **4.9.3. Публикации и выступления в средствах массовой информации**

Средства массовой информации (СМИ) обеспечивают регулярность и тиражированность информации и благодаря этому являются мощным механизмом воздействия на массовую аудиторию («четвёртая власть»).

Расширение медиализации усиливает функцию медицины как социального контроля.

**Медиализация** – процесс, в ходе которого происходит распространение влияния медицины на все новые сферы общественной жизни. Она характеризуется проникновением в массовое сознание медицинского языка и стиля мышления, медицинских концепций и представлений о причинах, формах протекания и лечении болезней, возрастанием зависимости от медицины повседневной жизни и деятельности людей, закреплением медицинских «ярлыков» за некоторыми человеческими свойствами или типами поведения (инвалид, наркоман, алкоголик и т.д.), которые могут способствовать исключению стигматизированных лиц из процесса нормального социального взаимодействия. Производство и использование медицинских «ярлыков» в социальной практике может иметь и стратификационный характер из-за возможности присвоения статуса и определения принадлежности к группе, имеющей социальные привилегии или социальные ограничения (вплоть до изоляции) – группе диспансерного учёта, инвалидности и т.п. [*Социология: Энциклопедия. – Минск: Интерпрессервис; Книжный Дом. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелькин, Г.Н. Соколова, О.В. Терещенко. – 2003*].

Особая роль принадлежит СМИ, которые способны как стимулировать повышение качества медицинской помощи, заинтересованности пациентов в сотрудничестве с медицинскими работниками в борьбе с болезнью, так и посеять сомнения и разочарования у потребителей медицинских услуг. Поэтому оптимизация взаимоотношений СМИ, врачей и пациентов в процессах медиализации является актуальной социальной проблемой.

Позитивная роль СМИ в медиализации состоит в:

- а) участии в профилактической работе,
- б) осуществлении основного объёма информационной деятельности,



в) позиционировании себя в качестве связующего звена между названными агентами медиализации.

Оптимизация взаимоотношений между пациентами, врачами и СМИ связана не только с последовательной независимостью каналов информации, но и с повышением доверия пациентов к СМИ, активном сотрудничестве с ними медицинских работников.

Социальное партнёрство врачей и СМИ напрямую влияет на **комплаентность** (приверженность лечению) **пациентов**. Те же средства массовой информации могут и должны играть позитивную роль в распространении медицинских знаний, формировании установок на здоровый образ жизни. Сами они инициировать соответствующую деятельность не могут, т.к. институционально независимы от медицины и здравоохранения. Следовательно, эту роль должны брать на себя медицинские работники.

В большей или меньшей мере и в силу своих профессиональных обязанностей, практически **каждый врач является популяризатором медицинских знаний**. Прежде всего, в этом качестве он проявляет себя в общении с пациентами и их родственниками при необходимости доступного и простого по форме изложения результатов специального обследования, диагноза, схемы предстоящего лечения, рекомендаций по индивидуальному режиму повседневной жизни и т.п.

Новой тенденцией в масштабах, способах и формах популяризации медицинских знаний является резкое возрастание удельного веса материалов, освещающих различные научно-теоретические и прикладные аспекты медицины в неспециализированных средствах массовой информации. В настоящее время и, за редкими исключениями, в большинстве стран почти все немедицинские журналы, газеты и Интернет-порталы, ориентированные на массовую аудиторию, имеют постоянные рубрики, посвященные вопросам здоровья человека или публикуют такие материалы периодически. Ознакомление с публикациями в этих рубриках свидетельствует о том, что значительная их часть заимствуется из случайных источников, зачастую содержит противоречивые и еще не апробированные наукой и клиническим опытом «сенсационные» сведения. Многие публикации носят откровенно рекламный характер и без достаточных оснований пропагандируют новые лекарства, способы лечения, всевозможные пищевые добавки и т.п. Разрешение данной проблемы заключается в оптимизации взаимодействия СМИ и медицинских работников.

**4.9.4. Пресс-конференция, пресс-релиз, статьи, интервью, комментарии, касающиеся вопросов здоровья населения. Электронные и печатные СМИ, профессиональные издания, печатные издания организаций, любительские издания; Интернет и электронная почта;**

## **Интернет-средства массовой коммуникации (социальные сети); реклама**

Национальные и мировые информационные ресурсы по здравоохранению и медицине весьма обширны и постоянно изменяются, а также, поскольку источники научной медицинской информации содержат, кроме документальной, статистическую, управленческую, правовую, нормативную и прочие виды информации.

Научные документы принято подразделять на первичные и вторичные, опубликованные и неопубликованные. *Первичными* являются научные документы, непосредственно фиксирующие содержание и результаты научно-исследовательской и опытно-конструкторской деятельности. *Вторичными* называются научные документы, представляющие собой результат аналитико-синтетической переработки первичных научных документов. Первичные документы включают в себя монографии, учебники, руководства, ученые записки, сборники научных трудов, тезисы докладов научных форумов, методические и директивные документы, публикации в газетах и журналах (например, журнал «*Вопросы организации и информатизации здравоохранения*»), специальные виды технических изданий (патентная информация, ГОСТы, проспекты, промышленные каталоги, алгоритмы и программы). К первичным относят и непубликуемые документы (диссертации, депонированные рукописи, переводы, препринты, отчеты по НИР и ОКР и отчёты). Вторичными документами является справочная литература (энциклопедии, словари и т. д.), информационные издания (библиографическая, реферативная и обзорная информация), каталоги и картотеки.

Основное *преимущество электронных источников информации* применительно к здравоохранению заключается в том, что большинство из них обеспечивает доступ к интегрированной информации:

- 1) о медицинской литературе;
- 2) о медикаментах и медицинском оборудовании;
- 3) о конкретных пациентах;
- 4) о показателях здоровья населения (статистическая информация);
- 5) об управленческих решениях (директивная, нормативная и правовая информация).

**Пресс-конференция.** В настоящее время поток информации очень интенсивен, поэтому стоит четко проанализировать объемы и содержание коммуникации. Это касается и пресс-конференций, которые являются для должностных лиц едва ли не самым распространенным способом выражения своей точки зрения. Пресс-конференции проводят также различные организации, занимающиеся публичной деятельностью.

В сфере здравоохранения проведение пресс-конференции является обоснованным, если нужно осветить, например, новые результаты научных исследований, рассказать об эпидемии, представляющей угрозу здоровью

людей или начать какую-либо пропагандистскую кампанию. В то же время пресс-конференцию не стоит устраивать, если отсутствует представляющая интерес новая информация.

*Условия проведения удачной пресс-конференции:*

1. Отправьте приглашения в редакции за 3-7 дней до дня проведения пресс-конференции;
2. Продумайте сценарий пресс-конференции;
3. В приглашении укажите тему, место и время проведения, а также присутствующих с указанием их профессии, должности;
4. Уточните состав участников и после этого предусмотрите несколько дополнительных мест;
5. Договоритесь заранее, кто отвечает на вопросы той или иной тематики;
6. Оставьте время для вопросов журналистов и для отдельных интервью, которые могут быть необходимы средствам массовой информации;
7. Время проведения пресс-конференции должно составлять не более 1 часа.

Следует иметь в виду, что материалы пресс-конференции, могут быть использованы журналистами для написания статьи.

**Пресс-релиз.** Пресс-релиз является самым распространенным и быстрым способом представления информации. Пресс-релиз должен содержать достоверную информацию, которую можно опубликовать или на основе которой написать материал или сделать передачу. Можно переработать пресс-релизы, добавляя информацию или сокращая ее.

*Эффективный пресс-релиз:*

- краток, объемом не более одной страницы формата А4;
- отвечает на вопросы: что? где? когда? как? почему? и кто?;
- содержит новость и рассказывает о ней сразу в начале текста;
- яркий заголовок, соответствующий содержанию;
- рассказывает, кто является отправителем информации и где его можно найти;
- рассказывает, кто может при необходимости представить дополнительную информацию;
- содержит эмбарго («срок годности» информации).

**Статья, интервью, комментарии, касающиеся вопросов здоровья.**

Вопросы, касающиеся заболеваний и их профилактики и лечения, вызывают широкий интерес. Часто встречается, что врачи сами комментируют актуальные вопросы здоровья или дают интервью для СМИ. В большинстве газет и журналов существуют рубрики, в которых публикуются мнения читателей и специалистов.

Журналисты с большим интересом сотрудничают с профессионалами, экспертами в сфере здравоохранения. Плохо организованная коммуникация может испортить хорошее начинание, поэтому к интервью, нужно готовиться тщательно и заранее. Если

написанную специалистом статью собираются опубликовать в печатном издании для широкого круга читателей, автору стоит дать редакции разрешение отредактировать текст с точки зрения стиля, сделать его при необходимости более популярным, если автор сам не может или не успевает это сделать. Однако важно согласовать публикуемый материал во избежание ошибок и недочетов. Стоит включать статистические данные, результаты исследований и прочие материалы, которые доступны только профессионалам.

При выборе темы статьи следует обратить внимание на следующее:

- актуальность темы, новостная ценность;
- эксклюзивность;
- популярность, соответствие интересам широкого круга адресатов;
- профессиональность в изложении, понятность;
- критическое отношение – многостороннее независимое освещение темы.

**Электронные средства массовой информации.** Ежегодно в мире по проблемам медицины выходит миллионы публикаций, свыше 15 тыс. периодических изданий (на 80 языках), более 300 реферативных журналов кумулируют на своих страницах сведения примерно о 80% публикуемых в различных странах статьях, тезисах докладов, патентах, диссертациях и других материалах. Широкое распространение получили электронные журналы, автоматизированные базы данных, экспертные системы, а также базы данных, базы знаний и отдельные подборки информации, существующие исключительно в электронной форме и распространяемые по каналам INTERNET и электронной почты. [Например, Каталог сайтов организаций здравоохранения и образования Республики Беларусь – [http://minzdrav.gov.by/ru/static/saity\\_org](http://minzdrav.gov.by/ru/static/saity_org); портал «Здравоохранение и медицинская наука Беларуси» – <http://med.by/>].

Одним из преимуществ высокого уровня связи в INTERNET является способность формировать сети и проекты совместно с коллегами и участвовать в глобальном процессе совместного принятия решений. Подключаясь к сети INTERNET, практикующие медработники обмениваются информацией о новых достижениях и открытиях, клинических случаях, протоколах лечения, возможностях трудоустройства и проводят заочные консультации. Сеть INTERNET продемонстрировала свою способность предоставлять медицинскую информацию мультимедиа непосредственно рядовым медучреждениям. Звуковые, графические и видеофайлы INTERNET моделируют реальные ситуации и создают оптимальный режим обучения.

**Интернет-средства массовой коммуникации (социальные сети)** – страницы в Вконтакте, Одноклассники, Facebook, Twitter, Instagram, LiveJournal:

- виртуальное место встречи людей, общественное пространство;

- заменяют электронную почту в качестве канала распространения информации
- можно участвовать в качестве организации, официального органа или частного лица.

**Реклама** (лат. «*reclamare*» – *кричать*) – распространение сведений о чем-то или о ком-то (как правило, о товаре, лице, организации) с целью привлечь к ним массовое внимание. В коммуникации, посвященной вопросам здоровья, можно использовать стратегии и инструменты рекламы, например, при планировании информационных сообщений и информационных блоков.

#### **4.9.5. Организация и участие в мероприятиях по проведению Всемирных Дней здоровья**

Всемирные Дни здоровья отмечаются в день создания Всемирной организации здравоохранения – **7 апреля 1948 г.** Ежегодно в этот день с целью повышения осведомленности и привлечения внимания в отношении какой-либо важной проблемы глобального здравоохранения организуются международные, региональные и местные мероприятия. Всемирный день здоровья предоставляет уникальную возможность заострить внимание на проблеме, объединить всех заинтересованных для того, чтобы поставить вопросы и определить пути их решения для сохранения и укрепления здоровья всех поколений.

Каждый год для Всемирного дня здоровья выбирается тема, отражающая какую-либо приоритетную область общественного здравоохранения. В этот день люди из всех сообществ получают возможность для участия в мероприятиях, которые могут способствовать улучшению здоровья.

Существует много видов деятельности, мероприятий и стратегий, которые могут продемонстрировать действия и решения в рамках кампании Всемирного дня здоровья. Мероприятия или инициативы должны содействовать участию различных организаций или групп, так как это одна из основных целей кампании Всемирного дня здоровья – выход за рамки сектора здравоохранения с целью обеспечения длительного воздействия этих мероприятий на здоровье граждан. Конкурсы и соревнования, кампании по расклейке плакатов школьниками, университетские форумы, эстафетные гонки для сотрудников компаний, кампании по уборке территории, ярмарки здоровья, встречи с руководством города, области, республики по вопросам здравоохранения на местах – все это виды мероприятий, которые можно организовать.

В 2017 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) решила сделать темой Всемирного дня здоровья помощь людям, страдающим депрессией. Он пройдет под лозунгом «*Давай поговорим*». По данным ВОЗ, депрессия и тревожные расстройства ежегодно наносят глобальной

экономике ущерб в размере \$1 трлн. ВОЗ решила обратить особое внимание на три группы, которые подвержены особому риску: подростки и молодежь, женщины детородного возраста (особенно после родов) и пожилые люди (старше 60 лет).

#### **4.9.6. Организация «горячих линий», «круглых столов», участие в пресс-конференциях, проведение семинаров, издание научно-популярной литературы, проведение факультативных занятий, лекций, тренингов в учреждениях образования**

Организационная, методическая и информационно-просветительская работа включает:

- проведение научно-практических конференций, заседаний научных обществ, разработку и издание пособий для врачей, учебно-методических рекомендаций для работы с населением, а также информационно-аналитических обзоров в помощь специалистам;
- разработку и издание факультативных образовательных учебных курсов, например, *«Быть здоровым – это модно»*, пособий для учащихся общеобразовательных школ, посвященных выработке здоровьесберегающего поведения, сохранению и укреплению здоровья;
- подготовку методических рекомендаций и пособий для специалистов лечебно-профилактических учреждений;
- использование печатных изданий, кабельного телевидения, средств наглядной агитации;
- организацию работы телефонных «горячих линий», «телефонов доверия», «прямой линии», по которым проводятся консультации со специалистами;
- проведение Online – конференций;
- для информирования населения по вопросам формирования здорового образа жизни используются демонстрации фильмов, видеороликов профилактического содержания, электронных санитарных бюллетеней, социальной рекламы, в т.ч. на городских теле- и светодиодных экранах; демонстрации фильмов в образовательных учреждениях; организация и проведение мультимедийных презентаций и видеороликов;
- пресс-релизы о проводимых мероприятиях размещаются на официальных WEB-сайтах организаций здравоохранения;
- проводятся акции, тренинги (например, «Не отнимай у себя завтра», «Школа – территория здоровья», «Марафон здоровья», «Вся жизнь впереди», «Жизнь в мире с окружающим миром», «Экологическая эстафета – от района к району», «Пешком на работу», «Проверь свое здоровье» и др.);
- размещаются тематических выставки и стенды;
- «уроки здоровья», беседы, лекции, семинары по пропаганде основ здорового образа жизни, тематические дискуссии, диспуты, викторины.

### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Реклама как источник информирования населения о здоровье и ЗОЖ.
2. Интернет-средства массовой коммуникации (социальные сети) как источник информирования населения о здоровье и ЗОЖ.
3. Медицинские газеты, журналы и профессиональные издания медиков Беларуси.
4. Проведение Всемирных Дней здоровья как способ пропаганды ЗОЖ.
5. Позитивная роль СМИ в информировании населения по вопросам здоровья.
6. Современные технологии информирования подростков о здоровье и здоровом образе жизни.
7. Печатные средства массовой информации как источники информации о здоровье.
8. Роль СМИ в медиализации общества.
9. Выставка-ярмарка «Витебщина – за здоровый образ жизни» как форма работы с населением.

## **4.10. ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТАМИ С РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

4.10.1. Этико-деонтологические проблемы взаимодействия медицинских работников с пациентами с различными нозологическими формами заболеваний.

4.10.2. Поведенческие и коммуникативные навыки общения врача с пациентами со злокачественными новообразованиями, ВИЧ-инфекцией и другими социально-значимыми заболеваниями.

4.10.3. Основные принципы коммуникации: партнерские взаимоотношения, фокусировка на приоритетах, потребностях и точке зрения пациента, принцип саморегуляции.

### **4.10.1. Этико-деонтологические проблемы взаимодействия медицинских работников с пациентами с различными нозологическими формами заболеваний**

В результате заболевания нередко переоцениваются ценности, меняется отношение к жизни, работе, к родственникам, к себе самому. Пациент страдает не только физически, но и болеет душой. Современный терапевтический пациент отличается следующими особенностями: наличие нескольких заболеваний одновременно (*полиморбидность*); высокая частота неврозов; большое количество аллергических заболеваний; ожирение; хронические очаговые инфекции; атипичность и стёртость клинических проявлений ряда заболеваний; высокий удельный вес кардиальной патологии и

онкозаболеваний; все возрастающее число неотложных состояний; рост лекарственной зависимости и патологии.

Характерной чертой хронических заболеваний является их необратимость, вторичные дефекты, осложнения, неполноценность индивида. Можно выделить 2 группы хронических заболеваний:

1. Длительные, требующие ограничений (напр., сахарный диабет);
2. Со смертельным исходом, например, опухоли.

Болезнь, ставшая хронической, становится и составной частью личности, встраивается в нее: все мысли человека сопряжены с болезнью, делаются эгоистичными, окружающие события их интересуют мало, и все связывают со своей болезнью и прогнозом. Сильно преувеличивается значение всего этого. Люди становятся вспыльчивыми ко всем здоровым, обидчивыми, завистливыми.

Отношение к болезни складывается из: *Осознания болезни* → *Переживания, связанного с болезнью* → *Поведения в ходе болезни*.

Для пациентов с различными заболеваниями внутренних органов свойственны специфические эмоциональные реакции. Так, для расстройств деятельности сердца характерно чувство страха, для нарушений функции печени – безразличие или даже отвращение к окружающему, а иногда раздражительность, для заболеваний желудка – раздражительность, конфликтность, брюзгливость. Эти реакции осложняют клиническую картину заболевания и его течение. В зависимости от типа личности реакции на заболевание могут быть разными. Необходимо, чтобы врач знал отношение пациента к болезни и избирал соответствующий психологический подход. Одни усиливают, преувеличивают симптоматику – *агравируют*. Некоторые из корыстных соображений могут вообще придумывать себе симптомы – *симулируют*. Третьи всеми силами скрывают болезненные проявления – *диссимилируют* свое заболевание.

#### **Различают 6 типов реакции на болезнь:**

- 1) **астенический**, проявляющийся в форме повышенной истощаемости, слабодушия, плаксивости, вялости;
- 2) **депрессивный**, характеризующийся чувством тревоги, тоски, растерянности, потерей надежды на выздоровление, отсутствием побуждений к преодолению болезни, чувством безысходности и смирения;
- 3) **ипохондрический**, характеризующийся «жизнью в болезни», которая подчиняет себе все интересы и желания человека;
- 4) **тревожно-мнительный**, проявляющийся недоверием к назначениям врача, поиском лечебных средств в медицинской литературе или у окружающих; у них легко формируются разные фобии: канцерофобия, страх венерических заболеваний и др.;
- 5) **истероформный**, характеризующийся быстрой сменой настроения: то плачут, хватаются за пульс, ощупывают грудь, живот, заявляют, что они умирают. Могут довольно быстро успокоиться и переключать свое



внимание на внешние факторы. В семье и на работе много говорят о своем состоянии, красочно описывают свои страдания. У некоторых есть склонность к фантазированию и появляются все новые подробности их болезни, и сами начинают верить в их достоверность. Мимика выражает «муки» и «страдания». Постоянно жалуются на непонимание и недостаточность внимания со стороны близких;

б) **вытеснение болезни**, при которой пациенты игнорируют заболевание, не желают лечиться. Нередко это бывает у медиков.

У каждого пациента формируется свое видение развившегося у него заболевания: его причин, его тяжести, его основных проявлений и исхода.

**Внутренняя картина болезни (ВКБ)** или еще её называют **аутопластической картиной болезни**, в сущности является картиной субъективного восприятия её пациентом. ВКБ имеет следующие стороны (или составляющие):

- сензетивную (локальные боли и расстройства),
  - эмоциональную (страх, тревога, надежда),
  - волевую (усилия справиться с болезнью, с обследованием и лечением),
  - рациональную, информативную (знание о болезни и ее оценка).
- Аутопластическая картина болезни может быть обусловлена следующими причинами:
- характером заболевания (острым, хроническим, сильными болями, ограничением подвижности, косметическими дефектами и пр.),
  - обстоятельствами, которые сопутствуют заболеванию (возникшие проблемы и неуверенность в будущем, изменения в домашней обстановке и взаимоотношениях и пр.),
  - преморбидные особенности личности (характер, возраст, социальное положение, предыдущие заболевания и т.п.).

Следует помнить, что между тяжестью заболевания и количеством жалоб пациента нередко бывает обратная связь: когда заболевание принимает наиболее тяжелый органический характер уменьшается число функциональных жалоб и наоборот, чем тяжелее заболевание, тем больше и тем красочнее жалобы. Каждый пациент может обладать необычными реакциями, свойствами организма или течением болезни. 1/3 пациентов, обращающихся к врачу страдает не соматическими заболеваниями, а неврозами. Некоторые называют 60% – эмоциональных, а не физических переживаний. Даже, если обнаруживается органическое заболевание, то не всегда клиническая картина обусловлена только этим заболеванием. И при любом неврозе – можно найти органическое заболевание. *«Часто гораздо важнее знать не то, что на R-грамме, а то, что у пациента в голове».* Наиболее частая ситуация – наслоение невротических расстройств на соматическое заболевание. Клиническая картина оказывается смешанной, необычной, не укладывающейся в обычные рамки – сложность дифференциального диагноза. Они часто «непонятные».

Каждый человек, вступая в статус пациента, приобретает определённые права и имеет свои обязанности. Каждый пациент имеет **право на:**

- получение квалифицированной, своевременной и (в нашей стране) бесплатной медицинской помощи;
- выбор лечащего врача и организации здравоохранения;
- участие в выборе методов оказания медицинской помощи;
- пребывание в организации здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям и позволяющих реализовать право на безопасность и защиту личного достоинства;
- уважительное и гуманное отношение со стороны работников здравоохранения;
- получение в доступной форме информации о состоянии собственного здоровья, применяемых методах оказания медицинской помощи, а также о квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;
- выбор лиц, которым может быть сообщена информация о состоянии его здоровья;
- отказ от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства, за исключением случаев, предусмотренных Законом;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, всеми методами оказания медицинской помощи с учетом лечебно-диагностических возможностей организации здравоохранения;
- реализацию иных прав в соответствии с Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь.
- допуск к нему священнослужителя, а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает правил внутреннего распорядка для пациентов, санитарно-эпидемиологических требований.

Предоставление пациенту указанных прав не может осуществляться в ущерб здоровью других пациентов и нарушать их права и свободы. Пациент **обязан:**

- заботиться о собственном здоровье, принимать своевременные меры по его сохранению, укреплению и восстановлению;
- уважительно относиться к работникам здравоохранения и другим пациентам;
- выполнять рекомендации медицинских работников, необходимые для реализации избранной тактики лечения, сотрудничать с медицинскими работниками при оказании медицинской помощи;
- сообщать медицинским работникам о наличии у него заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса

иммунодефицита человека, а также соблюдать меры предосторожности при контактах с другими лицами;

- информировать медицинских работников о ранее выявленных медицинских противопоказаниях к применению лекарственных средств, наследственных и перенесенных заболеваниях, об обращениях за медицинской помощью, а также об изменениях в состоянии здоровья;
- соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов, бережно относиться к имуществу организации здравоохранения;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные Законом «О здравоохранении» (ст. 42) и иными актами законодательства Республики Беларусь.

Таким образом, к каждому пациенту необходимо относиться с достаточным уважением и вниманием, недопустим тон командования, помыкания и унижения, как со стороны врачей, так среднего и младшего медперсонала. С другой стороны пациенты также должны соблюдать свои моральные обязанности по отношению к врачам и мед. персоналу: внимательно относиться к своему здоровью, сообщать всю правду о своей болезни, быть готовым продуктивно сотрудничать с врачом. Пациент должен быть вежлив и тактичен с помогающими ему людьми, обязан проявлять к ним благодарность и уважение. Нарушением этики является сокрытие важных аспектов заболевания, например, алкоголизация, наркомании и др. Ни в коем случае пациент не должен заниматься самолечением, а тем более давать советы другим или пытаться трактовать процедуры, анализы, назначения другим пациентам. Такие действия могут привести к вредным последствиям и несет название – *эгротогении* – патологического влияния пациентов друг на друга.

Особый контингент пациентов представляют собой **дети**. Они крайне чувствительны ко всем обстоятельствам, сопутствующим заболеванию. Причинами, вызывающими значительные изменения в психике ребенка являются:

- в зависимости от формы заболевания: гипоксия, интоксикация, аллергия, рефлекторное (болевое) воздействие;
- отрыв от семьи, школы, друзей;
- новые раздражители стационара: обследования, лечебные процедуры, режим и пр.;
- индуцирование родителями.

В результате у детей могут легко формироваться патологические черты личности: эгоцентрические, иждивенческие, истероидные, ипохондрические и др.

Во время болезни ярче начинают выступать дефекты воспитания и характера. Могут развиваться сдвиги и в результате фармакотерапии: как психологические (психотравмирующие), так и химические. Дети до 7 лет легко истощаемы, т.к. клетки мозга и психика интенсивно развиваются.

Надо учитывать, что больному ребенку необходим режим, соответствующий более раннему возрасту, в силу его ослабленности. Для создания ребёнку хорошего настроения необходимы разнообразные впечатления и частый контакт со взрослыми. В то же время дети привязываются к обстановке и следует избегать переводов в другие палаты, содержать в боксах и изоляторах, необходимо расширять показания и возраст госпитализации с матерями. Но и не создавать избирательного отношения к каким-то детям, выделять «любимчиков». Всеми мерами надо избегать насилия. Желательно создавать в палатах группы по возрасту и интересам. В больницах должна быть хорошо налажена воспитательная работа. Игра всегда является очень важным элементом в воспитании детей, а для дошкольников особенно важны коллективные игры; рисование отвлекает их от болезненных переживаний, имеет психотерапевтическое воздействие. Очень важно и чтение «поддерживающей», «стимулирующей» литературы.

При этом следует помнить, что у детей может быстро наступать пресыщение одним видом занятия. Важное значение имеет правильный подбор игрушек, игр и занятий. Дети, особенно больные, нуждаются в большем сочувствии, участии, любви. Недопустим резкий или раздраженный тон в отношении детей. Замечание, сделанное тихим, спокойным, уверенным тоном оказывает значительно больший эффект. Опытный педиатр знает, что доверие ребенка легко утратить, если его обмануть, например, успокоив обещаниями, которые потом не выполняются. Ко всяким процедурам и неприятному лечению нужна психологическая подготовка. Важное место в деонтологии детского возраста занимает профилактика и психотерапия. Психотерапия соматически больных детей неотъемлемая часть всего комплекса лечебных мероприятий. У ребенка нельзя рассчитывать на сознательное преодоление страха или боли, на волевое усилие. Это накладывает на медицинских работников особую ответственность в тщательном продумывании необходимости той или иной манипуляции или процедуры. Нельзя допустить осведомления ребенка об опасности исхода, тяжести заболевания. Но нельзя этого скрывать от родителей. Следовательно, большая разъяснительная и психологическая работа должна проводиться с родителями.

Отношение врача к лечению *пожилых и престарелых людей* – всегда очень точный и чувствительный показатель его этического потенциала, деонтологических позиций, моральных качеств, гуманизма. Некоторым врачам, особенно молодым, кажутся непонятными и даже неэтичными претензии пожилого человека на активное лечение и желание быть полностью здоровым, хорошо себя чувствовать и вести ещё активный образ жизни во всех отношениях. Часто на эти запросы следует ответ: «Омолодить мы вас не можем», «Вам уже не 20 лет». Врачу необходимо

проявлять внимание и уважение к определенным привычкам, бытовому, гигиеническому стереотипу старого человека, помочь облегчить многие «специфические бытовые затруднения» в больнице, памятуя о том, как трудно пожилым людям в больнице менять свои стереотипы. Пожилые и престарелые люди похожи на детей – они обидчивы, слезливы, словоохотливы, «заостряются» многие черты. В преклонном возрасте заболевания намного чаще хронические, текут вяло.

***Особенности лечения престарелых пациентов:***

1. Нельзя мощными медикаментами срывать установившуюся компенсацию.
2. Поменьше инвазивных методов: ангиографии, зондирование вен, активных физиопроцедур.
3. Основа старения – дегидратация, отсюда основа терапии – гидротерапия, дезинтоксикация, улучшение микроциркуляции – в капиллярах 80% крови всего организма. Из множества заболеваний лечить главное.
4. Строгая индивидуальность лечения. Назначать лекарства, нормализующие реактивность и обменные процессы.
5. Соблюдение пищевого, водного и солевого рациона – для профилактики интоксикации от медикаментов, перерывы в приёме лекарств.

Хорошие результаты каких-то исследований должны обязательно сообщаться пациентам – это хороший компонент «мотивированного обнадеживания», останавливаться на благоприятных прогностических данных, не устанавливать заранее точных сроков выписки. Успокаивающие и обнадеживающие оценки следует индивидуализировать и согласовывать с реальной обстановкой и здравым смыслом, соблюдать разумную меру и не применять завышенного оптимизма.

Сообщение неприятной информации должно быть правильно преподнесено. Надо уметь «правильно расставить акценты».

***Общие моменты при сообщении любого диагноза в любой ситуации:***

1. Убедиться, что есть время, чтобы при необходимости ответить на вопросы пациента.
2. Сообщать диагноз в приватной комфортной рабочей обстановке, желательно в кабинете врача.
3. В момент сообщения диагноза в помещении не должны находиться люди, не имеющие отношения к лечебно-диагностическому процессу данного пациента.
4. Убедиться, что с пациентом есть контакт, он реагирует на слова врача.
5. У врача должна быть возможность экстренной помощи пациенту, в случае острой реакции на информацию о своем здоровье.
6. У врача должны быть бумага и ручка, чтобы записать свои слова и рекомендации для пациента.

7. У врача должны быть дополнительные печатные материалы для пациента с информацией о заболевании, возможности получить быструю медицинскую и медико-психологическую помощь.

8. Быть кратким, но понятным для пациента.

9. Убедиться, что пациент понял ваши слова и знает свои ближайшие действия.

10. При необходимости передать пациента под опеку медсестре или сопровождающим родственникам.

### ***Сообщение обычного диагноза в стандартной ситуации:***

1. Провести клинический осмотр пациента, собрать полный анамнез, на основе которых может быть выдвинута гипотеза или утверждение о диагнозе.

2. Возможен вариант – пациент пришел на приём после диагностических мероприятий и ждет комментарии врача о диагнозе. В этом случае – ознакомиться (освежить в памяти) предыдущие записи в медицинской карте, изучить результаты диагностических мероприятий, на основе которых может быть выдвинута гипотеза или утверждение о диагнозе.

3. Поднять глаза от записей и посмотреть на пациента. Во время сообщения диагноза нужно смотреть на пациента открыто и дружелюбно, наблюдать за его невербальными реакциями, прежде всего мимикой.

4. Задать проверочный вопрос, чтобы убедиться, что пациент в контакте и слышит обращенные к нему слова. Проверочные вопросы направлены на установление контакта с пациентом, а не на сбор информации о нем. Например: *«Вам после приёма еще на работу идти нужно?»*. Задача врача – получить адекватный ситуации ответ пациента в словах или в действиях.

5. Если пациент контактный, то врач называет диагноз, глядя в лицо пациенту называет сначала медицинскую формулировку диагноза, затем, не дожидаясь вопросов пациента, говорит диагноз, условно переводя его на немедицинский язык, доступный для понимания среднестатистическому человеку. Врачу запрещается предполагать, что пациент и так знает, что означает медицинская формулировка. Любой диагноз должен быть повторен на бытовом уровне, но очень кратко. Формулировки отрабатываются заранее для каждой специальности и с учётом контингента людей, обращающихся в данную клинику. Например, формулировка *«эрозивный гастрит в стадии ремиссии»* может быть повторена как *«хроническое воспаление желудка, при котором на слизистой образуются небольшие ранки, но сейчас нет признаков обострения»*.

6. Если пациент не контактный, т.е. не совсем адекватно отвечает или действует (все роняет, запинаясь о предметы, тормозит с ответом и т.п.), то пациенту нужно помочь успокоиться. Для этого врачу нужно открыто смотреть в лицо пациенту и слегка (уголками губ и глазами) улыбнуться.

7. Сделать паузу в беседе на 5-7 секунд.

8. Дождаться контакта пациента с врачом глазами (пациент будет смотреть врачу в лицо и демонстрировать интерес).
9. Сообщить пациенту диагноз, как описано в п.5.
10. Задать пациенту вопросы: *«Вам понятен диагноз? У вас есть вопросы по диагнозу?»*
11. Сделать паузу, дождаться ответной реакции на вопрос.
12. Ответить на вопросы пациента в отношении диагноза, используя понятный не медику язык и не вдаваясь в большие детали.
13. Дать пациенту брошюру/памятку с информацией о его заболевании или сообщите, где он может найти информацию.
14. При возникновении вопросов о прогнозе течения перейти к обсуждению прогноза.
15. Перейти к вопросам обсуждения лечения или диагностики.

Трудная проблема возникает **при наличии психического заболевания**. Многие хронические психические заболевания у большинства пациентов не вызывают стремления узнать диагноз. Скорее, возникает вопрос: *«А сколько я буду находиться в этой больнице?»* Ответ типа *«столько, сколько нужно для дела»* – не годится, потому что он означает для пациента: *«сколько захочу, столько и продержу тебя здесь»*. Это воспринимается им как насилие, тирания, деспотизм. Естественно, что после этого контакта врача и данного пациента не будет. Поэтому желательно врачу обсуждать те симптомы, которые сам пациент не склонен отвергать, например, чувство страха, бессонница, головные боли, раздражительность, чувство тревоги. Это, как правило, принимается пациентом.

Лечебная организация должна быть истинным домом здоровья. Индивидуальный подход врача во благо пациента в каждом отдельном случае является творчеством его личности, основанном на сочетании профессиональных знаний и свойствах личности врача.

**При выписке** необходимо точное инструктирование с предписанием режима, диеты, лекарственной терапии. Соппротивление выписке возникает по следующим причинам:

1. Страх перед возвратом болезни – это зависимость от больницы. Тут опасность адинамии, ятрогении, опасность слишком активной терапии, внутрибольничной инфекции, невротических реакций.
2. Чрезмерные надежды на стационарное лечение.
3. В больнице лучше условия, чем дома.
4. Различного рода корыстные соображения.

#### **4.10.2. Поведенческие и коммуникативные навыки общения врача с пациентами со злокачественными новообразованиями, ВИЧ-инфекцией и другими социально-значимыми заболеваниями**

*(см. по вопросу также материал выше – гл. 3.2, раздела «Деонтологические проблемы в контексте биомедицинской этики»)*

Вопрос об откровенности с неизлечимо больным пациентом представляется одним из самых трудных. В клинической практике этот вопрос включает «когда», «как» и «сколько» рассказать пациенту о его диагнозе, выборах терапии и возможном прогнозе.

Существуют самые разные мнения на этот счёт. Одни думают, что пациенту надо сказать всю правду, другие подчёркивают необходимость бережного отношения к тяжело больному и ничего не говорят ему о приближающейся смерти, третьи считают, что следует вести себя так, как хочет пациент.

Советские деонтологические принципы строились на том, что больным не следует давать полную информацию. Это в части случаев представляется достаточно разумным. Например, врач имеет дело с очень ипохондричным пациентом, склонным к тяжелым депрессивным реакциям; выданная ему чёткая информация о продолжительности его жизни может только вызвать тяжелую депрессивную реакцию и ухудшить течение заболевания, сокращая срок жизни. Но такой подход имел недостатки: пациенты довольно легко узнавали о том, что врачи скрывают информацию об опасности их заболевания или о возможном смертельном исходе и не доверяли им.

Конечно, пациент имеет право знать правду о своем реальном положении, и никому не позволено узурпировать его право, однако не стоит забывать, что «право знать» не тождественно «обязанности знать». Не все пациенты хотят знать правду. Тяжелобольной человек может и не желать знать что-либо конкретное о приближающейся смерти, и окружающие обязаны уважать его выбор. Очень часто знание того, что скоро наступит смерть, не облегчает состояния пациента. Когда пациент категорически требует сказать, сколько ему осталось жить, представляя самые разные, нередко достаточно рациональные аргументы, окружающие должны стараться понять, почувствовать, что скрыто за этими словами. Часто безоглядная смелость является мнимой. Требуя высказать все до конца, пациент не очень представляет свою реакцию на жестокую правду. Иногда нетрудно заметить, что его требование носит скорее формальный характер, и он вовсе не желает получить точный ответ, поскольку это лишает его надежды.

Большинство людей согласны с тем, что терминальные пациенты имеют право быть хорошо информированными о своей ситуации. Кроме того, многие согласны, что эти пациенты имеют независимость в принятии решений для себя в отношении медицинского лечения и других проблем,



включающих конец жизни. Наиболее общей причиной для несообщения правды является намерение защитить умирающих людей от «травмирования» знанием. Но для того, чтобы ответить на реальные интересы смертельно больных пациентов, необходимо прояснить различные вопросы и *найти баланс между «совершением добра» и «не навреди»*.

Т.о., выбор, до какого уровня будет выдана пациенту информация о его состоянии, должен строиться не на вербальных высказываниях пациента, а на понимании его личности. Необходимо учитывать не слова пациента, а привычный стереотип его реагирования в трудной ситуации.

**Содержание медицинской тайны**, которую обязаны хранить медицинские работники, составляют две группы сведений: собственно медицинские данные и иная информация о частной жизни пациента. К сведениям, которые врач имеет возможность скрывать от самого пациента, относятся только медицинские данные, а именно – диагноз. Право врача не сообщать пациенту о его состоянии заключается в том, что если врачу известно о тяжёлом, смертельном заболевании лица, он не обязан немедленно и по собственной инициативе сообщать об этом. Но в использовании этого права врач ограничен. Если пациент сознательно требует сказать ему правду, врач должен это сделать.

Умирающий человек способен понять своё положение и нередко хочет поговорить о своей болезни и приближении смерти, но только с теми, кто выслушивает его без поверхностных попыток утешить. Поэтому консультанту или врачу следует уметь квалифицированно разбираться в желаниях умирающего и связанных со смертью фантазиях и страхах. Это позволяет не только выслушать пациента, но и помочь ему поделиться мыслями о смерти, собственном негодовании и о том, что он потеряет вместе с жизнью.

**Сообщение диагноза пациентам со злокачественными новообразованиями, ВИЧ-инфекцией и др. социально значимыми заболеваниями.**

1. Начиная разговор о диагнозе, необходимо иметь в запасе достаточно длительное время (может быть несколько часов) на общение с пациентом.
2. Диагноз, как правило, сообщает врач, но это может быть и другое доверенное лицо.
3. Пациент должен быть расположен к тому, чтобы услышать правду о диагнозе.
4. Диагноз сообщается после достаточно продолжительного подготовительного разговора о проведенных исследованиях и имеющихся изменениях в организме.
5. Надо стараться избегать медицинских терминов, которые могут быть непонятны или неправильно поняты пациентом.
6. Сообщение диагноза не должно выглядеть как вынесение приговора.

7. Надо быть готовым к проявлению различных, иногда очень сильных эмоций больного: гнева, отчаяния и др.

8. Надо быть готовым разделить с пациентом его сильные переживания.

**Сообщением диагноза родственникам.** Законодательство чётко не определяет вопросы: кому можно сообщать диагноз из родственников, а кому нельзя. Врач должен принимать решение индивидуально каждый раз по каждому данному случаю, учитывая индивидуальные реакции конкретных людей.

#### **4.10.3. Основные принципы коммуникации: партнерские взаимоотношения, фокусировка на приоритетах, потребностях и точке зрения пациента, принцип саморегуляции**

Коммуникационное взаимодействие врача и пациента регулируется *деонтологическим кодексом*, предусматривающим следующие правила:

1. Вступая во взаимодействие с пациентом, врач должен оставить за порогом все свои личные тревоги и переживания, симпатии и антипатии, политические, религиозные, национальные взгляды и убеждения, нетерпимость и вредные для дела черты характера (брезгливость, высокомерие и проч.).

2. Врач должен всегда сочувствовать пациенту.

3. Врач не имеет права на враждебное отношение к пациентам.

4. Врач должен быть искренне внимателен и терпим.

5. Врач не должен терять надежду на излечение пациента и не имеет права лишать его надежды на исцеление.

6. Врач должен поддерживать оптимистический настрой пациента.

7. Врач должен вызывать доверие у пациента.

8. Врач должен быть снисходителен к странностям, убеждениям, предрассудкам, верованиям пациента.

9. Особое внимание необходимо уделять пожилым, и особенно – одиноким пациентам.

10. Особые требования предъявляет профессия к гинекологам, педиатрам, стоящим у истоков жизни, онкологам и другим специалистам, нередко сталкивающимся со смертью.

11. Относительно взаимоотношений врача и больного ребёнка медицинская этика утверждает необходимость учитывать особенности детской психики, что невозможно без знаний детской психологии и основ педагогики детского возраста.

12. Врач должен ясно, чётко и грамотно излагать свои мысли.

В общении с пациентом важен учёт факторов, обеспечивающих успех межличностных коммуникаций. Общение врача и пациента должно быть не просто передачей информации, а осуществляться во имя выработки взаимопонимания и согласия по поводу лечебной тактики. Только при

доверительном партнёрском общении врача и пациента возможна чёткая обратная связь «пациент-врач».

Важная деонтологическая задача – **уменьшить влияние больничного режима на пациента**. Помогут трудотерапия, эстетотерапия, библиотерапия, препятствующие самокопанию, уходу в себя.

Врач и пациент представляют собой целую систему «врач-пациент», имеющую свои закономерности и свою динамику:

### **1. Пациента:**

- влияние патофизиологических процессов на характер субъективно-психологической реакции пациента;
- субъективные особенности личности, которые могут сказываться на объективном её состоянии.

### **2. Врача:**

- его эмоции,
- его моральные установки,
- его мысли по отношению к пациенту, которые не могут не влиять в свою очередь на пациента.

При физикальном обследовании врач входит в непосредственный контакт с пациентом и физически влияет на него. Пациент должен чувствовать, что его обследовали добросовестно и обстоятельно, что избавит врача от лишних жалоб. Надо помнить, что и сам процесс обследования пациента является началом терапевтического воздействия.

Необходимо в повседневной рутинной работе не забывать, какое впечатление врач производит на пациента. Важен внешний вид врача (принцип саморегуляции заключается и в этом): опрятная, чистая, отглаженная медицинская одежда (халат или брючный костюм); удобная и практичная обувь, не создающая шума; умеренность и скромность в косметике и парфюмерии; аккуратная стрижка. Ногти, вопреки модным тенденциям, должны быть короткими и ухоженными. Улыбка, спокойная манера общения, внятная уверенная речь. У пациентов опрятность зачастую ассоциируется с высоким профессионализмом.

Нужно создать комфортную и доброжелательную атмосферу. Много зависит от организации лечебного процесса. Вести себя по отношению к пациенту врачу нужно сдержанно, терпеливо, не поддаваться на провокации и не провоцировать самому, стараться завоевать доверие пациента. Избегать стереотипности в беседе и поведении. Принимать пациента таким, какой он есть. Планы врача в отношении лечения и выздоровления пациента должны соотноситься с планом пациента.

Тем не менее, точка зрения врача и пациента на его заболевание могут существенно различаться:

**1. Врач**, прежде всего, ищет объективные признаки заболевания, а для пациента в центре стоят его субъективные личные ощущения и переживания, вызванные болезнью. Врач обязан внимательно отнестись к

субъективным жалобам и понять их природу, должен уловить, какие реальные факторы лежат в основе этих жалоб, найти их объективные или субъективные, психологические причины, определить возможность их положительного использования при обследовании и лечении.

2. Врач часто заинтересован в как можно более полном обследовании пациента, а пациент стремится нередко избежать лишних, особенно травмирующих обследований.

3. Врачу важно более точно поставить диагноз, а пациенту – как можно раньше начать лечение и эффективнее лечиться.

4. Нередко могут расходиться т. зрения и в отношении вида и формы проведения лечения, а также – проводить его стационарно или амбулаторно. Отсутствие должного контакта может привести к полному несовпадению этих точек зрения и соответственно не соблюдению пациентом того плана лечения, который был предложен врачом.

Беседа с пациентом – это не просто разговор двух людей, он должен вестись по определенным правилам. В беседе врача с пациентом должны соблюдаться следующие условия:

– Никогда нельзя допускать, чтобы пациент чувствовал, что вы торопитесь и у вас на приеме еще 30 человек. Вы должны 2-3 минуты дать пациенту свободно выговариваться и лишь, затем попытаться направить беседу. При этом пациент должен почувствовать, что вы прерываете его монолог именно потому, что вас интересуют определённые аспекты его состояния, а не, потому что вам некогда.

– Можно использовать приём переключения монолога на диалог, особенно с мнительными, ипохондричными и обстоятельными пациентами.

– Даже в условиях насыщенного приёма или большой занятости можно 3-4 минуты уделить элементарному ориентировочному обследованию: осмотр склер, конъюнктив, пальпация щитовидной железы, лимфоузлов, пальпация живота, пульса, измерение АД, проверка наличия отеков, щитовидной железы, лимфоузлов, языка. Академик М.С. Вовси говорил «чтобы услышать сердечный шум ему достаточно 2-3-х сек., но он всегда слушает не менее 30 сек».

– Вопросы, задаваемые пациентом должны быть простыми и ясными, предлагаться на его языке.

– Сообщаемый диагноз должен быть разъяснен, сообщаться в простой форме без использования непонятных терминов. Надо помнить, что многие медицинские термины звучат устрашающе и имеют злобный характер. После беседы с врачом пациент, например, может спросить: *«как вы можете меня выписывать, когда у меня развилось везикулярное дыхание»*.

– Необходимо смягчить правду милосердием, но не кривить душой. Это будет стимулировать волю к борьбе и выздоровлению. Не использовать «обидных» диагнозов, например «истерия», лучше заменить «нервное переутомление».

- Не надо высказывать предварительных предположительных диагнозов.
- Не вычитывать медицинскую документацию пациента прежде, чем сами осмотрите его и составите своё представление о состоянии.
- Никогда не осуждайте ошибки предыдущих врачей, тем самым вы дискредитируете самого себя.
- Врачам необходимо задать несколько вопросов о личной жизни и об обстоятельствах жизни пациентов. необходимо составить представление о личности пациента и его проблемах (одиночество, неудачный брак, потеря близкого человека, серьезные конфликты на работе или в семье). Горе или тоска могут вызывать не только острую реакцию, но и в течение длительного времени изменять гормональный фон, расстраивать иммунную защиту, способствовать раннему прогрессированию атеросклероза и т.д. Невозможно изолировать пациента от жизненных обстоятельств, но можно снять преувеличенные страхи, ободрить.
- Врач для беседы с пациентами должен выработать у себя эмпатию – сопереживание психологическому состоянию другого человека. В то же время – уравновешенность врача гармонизирует состояние пациента.
- Врач должен разъяснить пациенту пути и задачи предстоящего обследования и лечения, как на ближайший, так и на более отдаленный период, что может предупредить реакции пациента на «затянувшееся» обследование или «малоэффективное» лечение.
- Очень важно при повторных беседах обращать внимание пациента на прогностически благоприятные признаки, смягчение симптоматики.
- Нужно помнить, что каждая встреча врача с пациентом содержит психотерапевтическое воздействие.

### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Реакции пациента на болезнь и действия врача.
2. Общение врача с пациентами, имеющими социально-культурные различия (представители расовых, этнических, сексуальных, религиозных меньшинств, иностранные пациенты).
3. Техника общения врача с враждебно-настроенными и асоциальными пациентами.
4. Общение с депрессивными пациентами и пациентами с суицидальными намерениями.
5. Права и обязанности пациента.
6. Этическое право врача на отмену реанимационных действий.
7. Дети как особый контингент пациентов.
8. Коммуникативные навыки врача в работе с пожилыми и престарелыми людьми.

#### **4.11. ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ. РЕКОМЕНДАЦИИ И ПОЛИТИКА ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВОЗ)**

4.11.1. Поведенческие и коммуникативные навыки в паллиативной медицине. Особенности коммуникации с пациентами, родственниками пациентов и коллегами в хосписах, отделениях паллиативной помощи многопрофильных больниц и онкодиспансерах, вне организаций здравоохранения.

4.11.2. Основные рекомендации и политика по оказанию медицинской помощи согласно рекомендациям ВОЗ.

4.11.3. Профилактика реактивной депрессии.

4.11.4. Психологическая помощь семье.

4.11.5. Суицидальный риск в паллиативной медицине.

4.11.6. «Синдром эмоционального выгорания» у медицинских работников.

##### **4.11.1. Поведенческие и коммуникативные навыки в паллиативной медицине. Особенности коммуникации с пациентами, родственниками пациентов и коллегами в хосписах, отделениях паллиативной помощи многопрофильных больниц и онкодиспансерах, вне организаций здравоохранения**

Особого внимания заслуживает подход к умирающим пациентам, поведение и тактика врача с ними. К заболеваниям, при которых радикальное лечение невозможно, относят: злокачественные новообразования в терминальной стадии, ВИЧ-инфекцию на стадии СПИДа, поздние стадии сердечной, почечной, дыхательной и печеночной недостаточности, тяжелые нервно-мышечные заболевания. В каждой фазе болезни пациенты сохраняют надежду на благоприятный исход. Многие панически боятся смерти. Надо помнить, что естественная смерть – явление крайне редкое, большая часть людей умирают от заболеваний, т.е. своего рода «незаконной» смертью, когда инстинкт жизни еще сохранен и организм ведет борьбу с болезнью. Поэтому никогда нельзя констатировать абсолютную безнадежность состояния и нет права способствовать сокращению времени его жизни. Однако неизлечимая болезнь неотвратимо приближает реальность смерти.

- заново оцениваются приоритеты жизни – теряют значение всякие мелочи;
- возникает чувство освобождение – не делается то, чего не хочется делать, т.е. теряют силу долженствования («обязан», «необходимо» и т.п.);
- усиливается сиюминутное ощущение жизни;

- обостряется значимость элементарных жизненных событий (смена времен года, дождь, листопад и т.п.);
- общение с любимыми людьми становится более глубоким;
- уменьшается страх быть отвергнутым, возрастает желание рисковать.

Все эти изменения свидетельствуют об увеличении чувствительности неизлечимо больного человека, что предъявляет конкретные требования к тем, кто находится рядом с ним, – к близким, врачам, психологам. У пациента возникают очень важные для него вопросы, которые он задает окружающим. Один из таких вопросов – *«Скоро ли я умру?»*. Не существует единственно правильного ответа на этот вопрос. Рекомендуются большая ответственность в разговоре с пациентом о смерти. Прежде всего, неплохо посоветовать ему привести в порядок жизненные дела (последние желания, завешание и т.п.). Можно не говорить пациенту прямо, что, возможно, он вскоре умрет: *«Каждый должен быть готов к самому худшему, особенно тяжелобольной»*. Некоторые люди не склонны думать о завершении своих земных дел, потому что им кажется, что решение подобных проблем открывает дверь смерти. С ними можно обсудить проблему страха перед смертью.

**Закономерности в реагировании на смерть.** Последовательность реакций неизлечимо больных людей на приближающуюся смерть описывает *модель Э. Кюблер-Росс*:

**1. Отрицание.** При посещении разных врачей пациенты, прежде всего, надеются на отрицание диагноза. Действительное положение вещей скрывается как от семьи, так и от себя. Отрицание дает возможность увидеть несуществующий шанс, делает человека слепым к любым признакам смертельной опасности.

**2. Злоба.** Она чаще всего выражается вопросами: *«Почему я?»*, *«Почему это случилось со мной?»*, *«Почему меня не услышал Бог?»* и т.п.

**3. Компромисс.** На этой стадии стремятся, как бы отложить приговор судьбы, изменяя свое поведение, образ жизни, отказываясь от разных удовольствий и т.п.

**4. Депрессия.** Поняв неизбежность своего положения, постепенно теряют интерес к окружающему миру, испытывают грусть, горечь.

**5. Адаптация.** Смирение понимается как готовность спокойно встретить смерть.

Удельный вес отдельных стадий у разных людей значительно различается. Следует отметить, что через все эти стадии проходят и члены семьи, узнав о неизлечимой болезни близкого человека.

**Как вести себя с умирающим пациентом?** С умирающими, неизлечимыми пациентами особенно сложно работать. Многие врачи пытаются избегать их, уделяют меньше внимания, реже подходят, меньше времени беседуют на обходах.

1. Нельзя считать борьбу проигранной. Необходимо внушать пациенту надежду своим поведением и отношением к нему, обращать внимание на малейшую положительную динамику или симптом.

2. Умиравшие пациенты не всегда страдают от боли, чаще – от одиночества. Известное философское изречение: «Человек всегда умирает в одиночку» нередко понимают слишком буквально и оправдывают им защитное отгораживание от умирающего. Но страх смерти и боль становятся еще сильнее, если оставить человека одного. К умирающему нельзя относиться как к уже умершему. Родственникам необходимо рекомендовать навещать и общаться с ним. Не надо смотреть на обходе на него жалостливыми, испуганными, виноватыми глазами, он такой же пациент, как и другие. Но ему особенно нужна помощь не только медицинская, но и психологическая. Умирающих не следует избегать, к нему следует подходить не реже, а чаще, чем к другим пациентам, задавать обычные вопросы об аппетите, об отправлениях, у его постели спрашивать сестру выполнены ли все назначения, как он их переносит. Отметить любые положительные явления или просто отсутствие ухудшения, подбодрить: *«Разве я уделял бы вам столько времени, если бы вы были безнадежны?»* Все это успокаивает пациента. Даже если пациент находится в состоянии оглушения, необходимо его осматривать, подходить к нему.

3. Следует внимательно выслушивать жалобы умирающего и заботливо удовлетворять его потребности. Произнесите несколько утешающих слов, объясните пациенту, что испытываемые им чувства совершенно нормальны.

4. На благо умирающему должны быть направлены усилия всех окружающих его людей. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие.

5. Умирающие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать посетителей. Дайте им выговориться.

6. Речь умирающих часто бывает символичной. Для лучшего ее понимания необходимо расшифровывать смысл используемых символов. Обычно показательны жесты пациента, рассказы и воспоминания, которыми он делится. Спокойно относитесь к его гневу.

7. Не следует трактовать умирающего человека только как объект забот и сочувствия. Нередко окружающие с самыми лучшими намерениями пытаются решить, что лучше для умирающего. Но чрезмерное принятие на себя ответственности уменьшает диапазон самостоятельности пациента. Следует выслушать его, позволить ему участвовать в принятии решений о лечении, посетителях и т.п.

8. Самое большее, чем может воспользоваться умирающий человек, – это наша личность. Конечно, мы не представляем собой идеальное средство помощи, но все же наилучшим образом соответствующее данной ситуации.



Пребывание с умирающим требует простой человеческой отзывчивости, которую мы обязаны проявить.

Персоналу, работающему с умирающим и его близкими, тоже необходима существенная помощь. С ними прежде всего следует говорить об осознанном смирении с чувствами вины и бессилия. Медикам важно преодолеть унижение профессионального достоинства. Такое чувство довольно часто встречается среди врачей, для которых смерть пациента в определенном смысле является профессиональной катастрофой.

**Особой психологической проблемой является общение с родственниками пациентов.** Психология родственников при контакте с врачом может быть обусловлена их личностными особенностями, особенностями их прежней жизни, их актуальным отношением к пациенту. Нередко они могут быть больше обеспокоены состоянием пациента, чем сам пациент. Их интерес сосредоточен только на том, чтобы пациент как можно скорее поправился. Их сведения могут определяться разговорами их ближайшего окружения, противоречивыми сведениями как о болезни, так и о медицинском персонале, мед. учреждении, полученные при беседе с другими посетителями.

Может происходить усиленное «давление» на врача. Старания родственников могут привести к созданию неправильных отношений между пациентом и врачом. Родственники могут при пациенте проявлять свое недовольство врачом, лечением, говорить, что пациент *«не перенесет операцию»*, *«не выдержит такого лечения»*, в мельчайших подробностях разбирают с пациентом признаки его заболевания, «закармливают» пациентов, мешают соблюдать режим диеты и лечения. Бестактные родственники начинают задавать вопросы типа *«почему ты так плохо выглядишь?»* или *«что с тобой сделали?»*, рассказывают о конфликтах дома или на работе, засыпают проблемами и заданиями с работы. Нередко родственники предъявляют врачу самые высокие требования, не прощая ему малейшей ошибки. К сожалению нередко и сам врач не желает устанавливать контакт.

Врач должен замечать и знать взаимоотношения пациента с родственниками и как последние влияют на состояние их пациента. Иногда следует ограничить общение с некоторыми родственниками.

При контакте врача с родственниками беседа должна носить целенаправленный характер: получить как можно более полную и объективную информацию о пациенте и сделать родственника союзником в борьбе с болезнью. Необходимо знать, что ждет пациента после выписки дома. Ведущая роль во взаимоотношениях «врач-родственник» должна принадлежать врачу.

Родственникам следует сообщать только самые главные и проверенные сведения о пациенте. Сложность диагностики, тяжесть течения нередко создают негативную психологическую установку.

Приходиться затратить немало сил, времени, терпения, выдержки, чтобы сделать их своими единомышленниками, чтобы обеспечить пациенту необходимые условия для лечения и последующего правильного лечебно-оздоровительного периода. Особое значение проблема «врач-родственник» приобретает в случае смерти пациента. Говорить о ней всегда трудно. Нельзя сообщать этого по телефону, необходимо встретиться с родственниками, затратить на это определённое время. ***К смерти не должно быть профессионального привыкания.***

#### **4.11.2. Основные рекомендации и политика по оказанию медицинской помощи согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения**

**Паллиативная медицинская помощь** – это подход, позволяющий улучшить *качество жизни пациентов* (детей и взрослых) *и их семей*, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, путем предотвращения и облегчения страданий за счёт раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки.

Предоставление паллиативной помощи основано на принципе уважения к решениям пациентов и направлено на оказание практической поддержки членам их семей, в частности, по преодолению горя в связи утратой близкого человека как на всем протяжении болезни, так и в случае смерти пациента.

В рамках национальных систем здравоохранения паллиативная помощь должна быть включена в процесс непрерывного оказания медицинской помощи людям с опасными для жизни заболеваниями. При этом необходимо сформировать стратегическую связь между оказанием паллиативной помощи и программами профилактики, раннего выявления и лечения этих заболеваний. Паллиативную помощь не следует рассматривать в качестве факультативного вида терапии. Услуги по оказанию паллиативной помощи необходимо предоставлять параллельно с попытками радикального лечения, адаптируя их к возрастающим физическим, психосоциальным и духовным потребностям пациентов, членов их семей и лиц, осуществляющих уход за пациентами, по мере прогрессирования заболевания и его перехода в терминальную стадию.

Услуги по оказанию паллиативной медицинской помощи должны предоставляться в соответствии с принципами всеобщего охвата медико-санитарной помощью. Каждый человек без исключения должен иметь доступ к установленному на национальном уровне комплексу основных услуг в области укрепления здоровья, профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи, а также к основным, безопасным, экономически доступным, эффективным и качественным лекарственным и

диагностическим средствам. Кроме того, обращение за этими услугами не должно создавать финансовых трудностей, особенно у представителей малоимущих и незащищенных категорий населения.

*Разработка и практическое осуществление приведённых ниже мер политики являются важным условием для развития системы оказания паллиативной медицинской помощи в контексте общественного здравоохранения:*

**1.** Меры, направленные на интеграцию паллиативной медицинской помощи в деятельность всех уровней национальной системы здравоохранения с созданием необходимых механизмов финансирования.

**2.** Меры, направленные на укрепление и развитие кадровых ресурсов здравоохранения, включая образование и профессиональную подготовку медицинских работников в целях обеспечения надлежащих ответных действий для удовлетворения потребности в паллиативной помощи, а также меры по подготовке добровольцев и просвещению населения.

**3.** Меры в отношении лекарственных средств, направленные на обеспечение наличия основных лекарственных препаратов, необходимых для лечения.

**4.** Меры, направленные на оказание содействия исследовательской деятельности в целях проведения оценки потребностей в паллиативной медицинской помощи и разработки эффективных стандартов и моделей предоставления услуг, особенно в условиях ограниченности ресурсов.

*К числу мер, которые могут способствовать расширению и укреплению системы оказания паллиативной медицинской помощи на страновом уровне, относятся:*

**1.** разработка и осуществление на национальном уровне мер, направленных на включение паллиативной медицинской помощи в процесс непрерывного оказания медицинских услуг пациентам с опасными для жизни заболеваниями на всех уровнях системы здравоохранения с особым акцентом на службах первичной медико-санитарной помощи и на организации оказания паллиативной помощи на уровне местных сообществ и на дому;

**2.** информационно-пропагандистская работа по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, направленная на содействие достижению всеобщего охвата медико-санитарным обслуживанием, принятию политических мер в области основных лекарственных средств с опорой на результаты оценки потребностей в паллиативной помощи, а также мер, направленных на повышение качества и безопасности паллиативной помощи;

**3.** осуществление и мониторинг выполнения рекомендаций, предложенных в Глобальном плане действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг., и включение положений этого плана действий в национальные программы по

обеспечению всеобщего охвата медико-санитарным обслуживанием и наличия основных лекарственных средств;

4. включение в учебную программу учреждений среднего медицинского образования и учебных заведений по подготовке сестринского персонала вопросов оказания паллиативной помощи (включая ее этические аспекты) и организация в рамках деятельности по развитию кадровых ресурсов здравоохранения соответствующей подготовки для провайдеров медико-санитарных услуг на всех уровнях согласно их должностным обязанностям и сферам ответственности;

5. обеспечение надлежащего доступа к лекарственным средствам, находящимся под контролем, с принятием мер по противодействию их незаконному распространению и злоупотреблению ими посредством приведения национальных и местных нормативно-правовых инструментов в соответствие с положениями руководства ВОЗ по национальной политике в отношении веществ, находящихся под контролем;

6. обеспечение предоставления всех составляющих паллиативной помощи (основная медицинская помощь и психологическая и духовная поддержка пациентов и членов их семей) под контролем со стороны подготовленных специалистов здравоохранения, если необходимо;

7. разработка руководства, посвященного этическим аспектам оказания паллиативной помощи, таким как обеспечение справедливого доступа к данному виду помощи, предоставление услуг с должным уважением к пациенту и вовлечение местного сообщества в процесс разработки и реализации мер и программ;

8. партнёрское взаимодействие с другими секторами в целях развития исследовательской деятельности в области практики оказания паллиативной медицинской помощи, включая разработку рентабельных моделей предоставления данного вида услуг.

*(Информация по материалам Доклада Секретариата ВОЗ, сессия 134 eB 134/28 от 20 декабря 2013 г., – «Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла»).*

#### **4.11.3. Профилактика реактивной депрессии**

**Депрессия** (пониженное настроение) – одно из самых неприятных эмоциональных состояний личности, часто возникающих в различных жизненных ситуациях, и один из важнейших симптомов большинства нарушений психики, а иногда доминирующий симптом (депрессивный невроз, психозы).

Как правило, врач обычно сталкивается с так называемой **«реактивной депрессией»**, которая обычно возникает как реакция на события, травмирующие жизнь (неизлечимое заболевание, а также конфликты, интимные проблемы, различные утраты, в т.ч. смерть близкого человека и т.д.). Реактивная депрессия может быть кратковременной

(длится не более 1 месяца) и пролонгированной (её длительность от 1-2 месяцев и до 2 лет). По мере прогрессирования депрессии возникают неадекватные, логически безосновательные действия и поступки, постоянное чувство вины и снижения самооценки, утрата способности концентрации внимания, заторможенность, быстрое энергетическое истощение. Чем позднее диагностируется депрессия, тем неблагоприятнее исход, ведь около 60% депрессивных состояний заканчивается летально – суицидом.

***Что не следует говорить депрессивному пациенту?*** Внушать депрессивному пациенту, что «все будет хорошо» и «не надо обращать внимание на мелочи», т.е. всячески подбадривать пациента скорее вредно, нежели полезно. Это только озлобляет пациента и обостряет депрессию.

***Что необходимо помнить в беседе с депрессивным пациентом?*** Прежде всего, необходимо установить, с депрессией какого рода мы столкнулись – с проявлением психотического заболевания, с невротической депрессией или просто с нормальной реакцией на горестные события. Депрессию не следует путать с другими нарушениями. Иногда врач принимает симптомы депрессии за переутомление, физическое или психическое истощение и рекомендует пациенту больше отдыхать, спать, употреблять витамины, поехать в санаторий и т.п. Однако в случае депрессии это мало помогает.

***Задача врача*** в работе с депрессивными пациентами двояка: поддержать пациента и помочь ему в психологическом объяснении трудностей. Сам факт, что врач готов «сразиться» с депрессией, укрепляет надежду пациента и нейтрализует отчаяние. Поддержка и понимание уменьшают страдание и переживание, помогают восстановить самоуважение. Пациент, когда видит хотя бы одного человека, понимающего и ценящего его, может изменить установку по отношению к окружающим в позитивном направлении. В целях восстановления у пациента веры в собственные возможности необходимо обращать внимание на сферы, в которых он компетентен, и его бывшие достижения. Важно мобилизовать агрессивные побуждения пациента, чтобы он мог успешнее бороться с жизненными испытаниями. Врач должен не выжидать (это еще больше фрустрирует депрессивного пациента и углубляет депрессию), а активно разговаривать с пациентом о его переживаниях и внешних обстоятельствах. Депрессивные пациенты требуют большей активности, чем остальной контингент пациентов. Лучше обычного необходимо структурировать консультативную беседу, особенно в начальной стадии. Подобная тактика обусловлена пассивностью пациента, его нежеланием самостоятельно анализировать проблемы. Если врач будет сидеть молча, он лишь подчеркнёт неспособность пациента к адекватному общению. Поэтому в начале беседы специалист несет основную ответственность за её содержание.

В случаях депрессии обычно используется медикаментозное лечение антидепрессантами и сеансы психотерапии. Назначение лекарств и дозировка – это дело врачей, однако, врач должен знать, употребляет ли его пациент лекарства и какова сила их воздействия. Не следует давать советы пациенту по выбору лекарств или доз, однако возникающие вопросы обязательно нужно обсудить с назначившим лекарство врачом.

#### **4.11.4. Психологическая помощь семье**

Помощь заболевшему пациенту необходима, но не менее важна психологическая поддержка их родственников. Если близкий человек заболел, то человек будет испытывать целую гамму чувств: боль, отчаяние, бессилие, злость, печаль, скорбь, усталость и даже вину. Родственникам и близким тяжело больных людей часто приходится менять свою жизнь, подстраиваться под изменившуюся ситуацию. Например, уволиться с работы для того, чтобы ухаживать за пациентом.

Как вести себя у постели умирающего, как и о чем с ним можно разговаривать, как наносить визиты пациенту, – этому должен научить родственников и близких врач или медсестра, которые должны помнить, что семья сама нуждается в психологической поддержке. Родные и близкие умирающего человека проходят те же стадии горя. Нужно заранее подготовить психологически к предстоящим переживаниям родных и близких умирающего. Медсестра должна обучить родственников элементам ухода за умирающим пациентом на дому и в первое время помочь им в уходе (при необходимости).

Врач должен объяснить родственникам пациента, что ему надо дать возможность продолжать трудиться, заботиться о семье, участвовать в решениях вопросов, касающихся его самого и его семьи, насколько это возможно. Поможет психотерапевт, который обучит правильному общению с близким, попавшим в беду.

Смерть часто является тяжелым потрясением для родных, а поэтому к ним в таких случаях следует отнестись с особой заботой и вниманием. После смерти близкого человека последствия могут отразиться на их психическом равновесии и подорвать здоровье. Переживающим утрату близкого человека необходимы время и возможность для выражения своих чувств. Следует поощрять и поддерживать разговоры родственников о своих внутренних переживаниях. Снизить остроту реакции поможет работа с психологом или психотерапевтом.

#### **4.11.5. Суицидальный риск в паллиативной медицине**

Высокий суицидальный риск связан с рядом причин, и главной из них является мощное психотравмирующее воздействие самого факта установления неизлечимого заболевания. Этот диагноз часто расценивается пациентом как приговор. В результате у многих пациентов развивается

депрессия. **Человек в состоянии депрессии склонен к саморазрушению в явной и скрытой формах.** Даже слабовыраженная депрессия может перерасти в тяжёлую с суицидными намерениями. Без квалифицированной помощи пациент приходит к мыслям о самоубийстве и совершению суицида. У неизлечимо больных суицид может быть обдуманым и взвешенным решением. Согласно зарубежным исследованиям риск самоубийства, например, онкологических пациентов в 2-4 раза выше, чем у здоровых лиц того же возраста. Суицидальная попытка в 1-2 случаях из 3-х приводит к гибели.

Самоубийство считается ужасным, постыдным делом, и некоторые врачи, работая с депрессивными пациентами, невольно пренебрегают такой возможностью и полагают, что их пациенты не могут даже подумать об этом. Если врач проявляет такого рода слепоту, возникает большая опасность для благополучия и жизни пациента. Проблема состоит, как правило, не в сокрытии самоубийцей своих намерений, а в том, что он не будет услышан, когда говорит о них.

**Как определить степень риска суицида?** Существует мнение, что обсуждение с пациентами возможности самоубийства только усиливает их намерения. Однако, как правило, беседа о чувствах, подталкивающих к самоубийству, уменьшает вероятность реализации побуждений. Поэтому врач не должен уклоняться от обсуждения с депрессивными пациентами проблемы самоубийства. Тем самым он показывает пациенту, что мысли о самоубийстве могут быть восприняты и поняты другим человеком.

Рассматривая очень серьезно любое намерение самоубийства, всё же нельзя забывать о возможности манипулятивной угрозы с целью убедить врача в важности своей проблемы и претендовать на максимум его времени. Большинство симулянтов являются истерическими личностями. Некоторые пациенты говорят о самоубийстве из желания отомстить тем, кто якобы их недостаточно любит. Вообще элемент враждебности присутствует почти в каждом самоубийстве.

Встретившись с депрессивным пациентом, высказывающим суицидальные намерения, очень **важно оценить риск** их реализации. От правильного прогноза может зависеть жизнь пациента. Степень вероятности самоубийства врач может выяснить, задавая пациенту косвенные вопросы. Прямо спрашивать: «Не намереваетесь ли Вы совершить самоубийство?» – неприемлемо, потому что такой вопрос побуждает пациента к отрицанию. Эффективна **тактика «постепенного» расспроса.** Такая постепенность опроса дает возможность точнее узнать, как далеко зашел пациент в своих мыслях о смерти.

**Что важно помнить при консультировании потенциальных суицидальных пациентов?** Оценивать необходимо вместо вероятности самоубийства величину жизненного потенциала и спрашивать пациента не о причине нежелания жить, а о смысле жизни для него. Чем больше

находится нитей, связывающих пациента с жизнью, тем менее вероятно самоубийство. Существуют определённые правила консультирования лиц, намеревающихся совершить самоубийство:

1. С такими пациентами нужно чаще встречаться.

2. Врач должен обращать внимание суицидного пациента на позитивные аспекты в его жизни. Например: *«Вы упоминали, что прежде многим интересовались. Расскажите о своих пристрастиях»* или *«Всегда есть ради чего жить. Что Вы думаете об этом?»*. Такие вопросы помогают пациенту изыскать ресурсы для преодоления трудного этапа жизни.

3. Узнав о намерении пациента совершить самоубийство, не следует паниковать, пытаться отвлечь его каким-то занятием и прибегать к морализированию (*«От этого ничего не изменится»*, *«Знаете ли Вы, что все религии считают самоубийство величайшим грехом?»*). Такая тактика лишь убедит пациента, что его никто не понимает и врач – тоже.

4. Специалист должен привлечь к работе с пациентом между консультативными встречами значимых для него людей (близких, друзей).

5. Пациент должен иметь возможность в любое время позвонить врачу, чтобы тот мог контролировать его эмоциональное состояние.

6. При высокой вероятности самоубийства следует принять меры предосторожности – проинформировать близких пациента, обсудить вопрос о госпитализации. Врачу не всегда легко это выполнить. Пациент нередко начинает отрицать свои намерения и утверждает, что нечего за него беспокоиться. Тем не менее, врачу лучше понадеяться на свою интуицию и учесть опасные признаки в поведении пациента, поскольку утешительные заявления могут носить отвлекающий характер. В случаях явного суицидного риска врач должен потребовать немедленной госпитализации, хотя большинство пациентов категорически протестуют против этого. Возможно, право окончательного выбора имеет каждый человек, но обязанность врача в случае угрозы самоубийства – сделать максимум возможного, чтобы повлиять на выбор пациента в пользу жизни.

7. Врач не должен позволять пациенту манипулировать собой посредством угрозы самоубийства.

8. Врач обязан не забывать, что он не Бог и, невзирая на самые лучшие побуждения, не всегда способен воспрепятствовать самоубийству. Наибольшую ответственность за собственные действия несет сам пациент. Врач не может полностью и единолично отвечать за пациента. Он лишь профессионально ответствен за пресечение реализации суицидных намерений. Однако неопровержима аксиома – если пациент действительно хочет покончить с жизнью, никто не способен остановить его. Как отмечают, «мы говорим «да» жизни пациента, но должны быть готовы к тому, что некоторые пациенты все-таки скажут своей жизни «нет».



9. Врач обязан подробно, в письменной форме, документировать свои действия, чтобы в случае несчастья он смог доказать себе и другим, что действовал профессионально и принял все меры.

**Каковы особенности коммуникаций с пациентами, пытавшимися совершить суицид?** Консультирование пациента направляется на преодоление побуждений к самоубийству, которые еще остаются после неудавшейся попытки. Выделяют три этапа консультирования: в острой фазе, в фазе выздоровления и после выздоровления. Особенно значима работа врача в двух первых фазах.

**Фаза первого контакта после неудавшегося самоубийства:** на первый план выступают уникальность ситуации и самочувствие «самоубийцы-неудачника». Человек, испытавший максимальное напряжение духовных сил, понимает, что не умер, но обстоятельства, приведшие к попытке уйти из жизни, у него остались. Момент «пробуждения» – начало нового этапа жизни этого лица. Поэтому важно, какое «воздействие» будет вписано в «чистый лист» сознания пациента. Время первого контакта не должно ограничиваться, пациенту надо позволить выговориться. От врача, встречающегося с таким пациентом, требуется неподдельная искренность, сосредоточение и отдача всех своих духовных сил. Имеется в виду нечто большее, чем обязанность врача. После попытки самоубийства пациент максимально обнажен и очень раним, он ясно чувствует внутреннее состояние врача. В первой фазе не следует начинать обсуждение основного конфликта и лишь постепенно можно перейти к причинам и психосоматическому смыслу самоубийства. Само консультирование должно быть направлено на уменьшение тревоги и безнадежности.

**Фаза выздоровления** начинается, когда пациент может возвратиться в свое прежнее окружение. Во время второй фазы, как, кстати, и после полного восстановления, возможно повторение суицидных побуждений. Провоцирующее влияние оказывает именно окружение, непосредственно связанное с травмирующим фактором. Поэтому на втором этапе очень важна работа врача с семьей суицидента. Помощь семье нередко разрешает проблематичные обстоятельства.

#### **4.11.6. «Синдром эмоционального выгорания» у медицинских работников**

У врачей, медицинских сестер вполне вероятно развитие психологического состояния, получившего название **«синдром эмоционального выгорания»**. Оно характеризуется эмоциональным истощением, уменьшением или утратой эмпатии, снижением самооценки и интереса к жизни. Главная причина – психологическое, душевное переутомление. Особенно быстро и заметно оно наступает при чрезмерной нагрузке у людей, которые по долгу службы должны «дарить» пациентам

тепло своей души. Жертвами «выгорания» в первую очередь оказываются психотерапевты, учителя, врачи, социальные работники, т. е. профессионалы общения. Развитию синдрома выгорания больше подвержены молодые, неопытные специалисты и физически ослабленные лица.

«Синдром эмоционального сгорания» субъективно проявляется в чувстве психического истощения, вследствие чего снижается эффективность профессионального взаимодействия: врач уже не может полностью отдаваться работе, как это было прежде, снижается самооценка, деятельность субъективно воспринимается как недостаточно успешная. Возможно появление негативного отношения к пациентам, воспринимаемым как источник хронической психической травматизации.

Взаимодействуя с пациентом, врач перестает принимать во внимание психологические феномены, связанные с заболеванием — внутреннюю картину болезни пациента с ее сложной структурой, формирующиеся механизмы психологической защиты, не реагирует на тревогу пациента, не замечает его депрессивных, суицидальных тенденций. В высказываниях врача о своих пациентах могут появиться цинизм, холодное равнодушие и даже враждебность. Этот своеобразный «кризис» врачебной деятельности может повторяться время от времени. Пациенты перестают обращаться к врачу за помощью, иногда предпочитая менее опытных и компетентных, но более доброжелательных.

В период подобного кризиса врач нуждается в отдыхе, перемене деятельности, психологической «разгрузке», участии в профессиональных тренингах или в психотерапевтической помощи. У врачей-женщин эмоциональное истощение развивается в большей степени, чем у врачей-мужчин. «Сгорающих» описывают как сочувствующих, гуманных, мягких, увлекающихся, склонных идеализировать окружающих людей. Одновременно это лица эмоционально неустойчивые, с колебаниями настроения, интровертированные, лишённые достаточной степени эмоциональной поддержки.

#### **Типы эмоционального выгорания:**

**Первый тип** — «уплощение», «притухание» эмоций, когда исчезает острота чувств и сладость переживаний. Вроде бы все нормально, но скучно и просто на душе. Ослабли чувства к самым дорогим и близким людям. Даже любимая пища стала грубой и пресной.

**Второй тип** — возникновение конфликтов с пациентами. Сначала они скрытые. В кругу своих коллег начавший «выгорать» профессионал с пренебрежением, а то и с издевкой рассказывает о некоторых своих пациентах. Далее он начинает чувствовать неприязнь к ним. Сначала он сдерживает ее, затем ему с трудом удастся скрыть свое раздражение, и, наконец, происходит взрыв и он выплескивает из себя озлобленность. Ее

жертвой, как правило, становится ни в чем не повинный человек, который ждал от профессионала помощи или хотя бы участия.

**Третий тип** социально и экономически наиболее опасен для общества, характеризуется утратой представлений о ценностях жизни, т.е. состоянием, в котором «на все наплевать». У него пустой взгляд. Мир для него безразличен.

**Динамика «эмоционального выгорания».** При исследовании «синдрома эмоционального сгорания» были выделены *три фазы*:

**Первая – «фаза напряжения».** Предвестником и механизмом, запускающим «синдром эмоционального сгорания», является фиксированное состояние тревожного напряжения, на фоне которого наблюдаются снижение настроения, раздражительность (признак ослабления контроля за эмоциональными реакциями и поведением в целом) и реакции депрессивного типа.

**Вторая фаза – «фаза сопротивления».** Этот этап связан с появлением защитного поведения по типу «неучастия», стремления избегать воздействия эмоциональных факторов и тенденцией к ограничению собственного эмоционального реагирования в ответ на самые незначительные психотравмирующие воздействия. «Экономия эмоций», ограничение эмоциональной отдачи упрощает и сокращает процесс общения «врач-пациент», привнося в него черты поверхностности и формализма. Подобная форма защиты может переноситься за пределы профессиональной деятельности, сокращая общение во всех сферах жизни, что приводит к регламентированности и избирательности межличностного взаимодействия.

**Третья фаза – «фаза истощения»** – характеризуется снижением энергетического тонуса, выраженными психовегетативными нарушениями. Отмечается снижение настроения с чувством безнадежности, бесперспективности, повышенный уровень тревоги с признаками дезорганизации психической деятельности (снижением памяти, нарушением концентрации внимания и др.), склонность к соматизации в виде разнообразных соматических симптомов: различных болевых ощущений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других физиологических систем.

*По мере накопления опыта врач обучается «дозировать» степень эмоциональной вовлечённости в процессе профессионального общения.* Эмоциональная «вовлечённость» важна в начале общения с пациентом, при установлении психологического контакта. В дальнейшем взаимодействии эмоциональные компоненты общения могут быть значительно уменьшены. Интенсивность эмоциональных контактов с пациентом повышается лишь на отдельных, наиболее значимых этапах диагностики и терапии: при необходимости убедить пациента пройти болезненную диагностическую процедуру, в случае принятия решения о проведении операции, особенно,

если существует вероятность неблагоприятного исхода. Роль эмоционального взаимодействия возрастает в ситуациях возникновения угрозы жизни пациента, при общении с депрессивными пациентами, имеющими суицидальные тенденции, а также при контактах с пациентами, перенесшими тяжелую психическую травму (смерть близкого человека, потеря трудоспособности, развод).

**Профилактика «эмоционального выгорания».** «Выгорания» обычно удается избежать, если коллектив и семья поддерживают в человеке убежденность в том, что, несмотря на трудные условия жизни и работы, он сможет проявить себя достойно. Но главное – «выгорающему» необходим физический и душевный отдых.

***Эффективной мерой профилактики стресса и выгорания служит построение правильной организационной структуры:***

1. Обеспечить супервизию (сотрудничество двух профессионалов (более опытного и менее опытного или равных по опыту)), мед. работников, уделяя особое внимание тем сторонам работы, которые вызывают наибольшие трудности.
2. Создать систему обратной связи от низшего звена к высшему и наоборот (например, регулярно проводить беседы с сотрудниками относительно возникающих проблем и давать обратную связь по поводу эффективности их работы).
3. Следить за уровнем напряжения, возникающего у сотрудников и предпринимать необходимые меры, когда напряжение становится чрезмерным.
4. Уменьшить требования, которые работники предъявляют к себе, путём поощрения постановки более реалистичных и достижимых целей.
5. Обеспечить возможность обучения и повышения квалификации с целью роста эффективности работы.
6. Обучить стратегиям борьбы со стрессом.
7. Создать в коллективе дружеской атмосферы взаимопонимания.

### **Темы докладов, рефератов и творческих проектов**

1. Принципы общения с умирающим человеком.
2. Развитие паллиативной медицины в Республике Беларусь и в мире.
3. История появления хосписов. Хосписное движение.
4. Работа волонтеров паллиативной помощи.
5. Философия паллиативной медицины.

## Литература по разделу 4

### **Основная:**

1. Азбука коммуникации в сфере здравоохранения методические рекомендации для специалистов, занимающихся коммуникацией в здравоохранении, 2010 / Под ред.: Туула Копонен; соавт.: А. Партанен, Л. Белая, Д. Трофимова, Ю. Веселова. – Йоэнсуу-Петрозаводск, 2010. – 32 с.
2. Биомедицинская этика: Практикум. Уч. пособие / Под общ. ред. С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. – Мн.: БГМУ, 2011.
3. Бориснев С. В. Социология коммуникации: Учеб. пособие для вузов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. – 270 с.
4. Основы биоэтики. Уч. пособие / Под ред. Я.С. Яскевич, С.Д. Денисова. – Мн.: Вышэйшая школа, 2009. – 351 с.
5. Психология коммуникации: курс лекций / С.В. Кручинин. - Минск: Современные знания, 2009. - 115 с.
6. Сурмач, М.Ю. Коммуникационный процесс врач - пациент в современном здравоохранении / М.Ю. Сурмач, Е.М. Тищенко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2007. – № 1. – С. 198 - 201.
7. Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского ВУЗА (теоретические и практические аспекты). Уч.-метод. пособие / Под ред. Ю.В. Михайлюк, В.А. Хриптович, В.А. Манулик – Мн.: БГМУ, 2015.

### **Дополнительная:**

8. Аронсон, Э. Эпоха пропаганды: Механизмы убеждения, повседневное использование и злоупотребление / Э. Аронсон, Э.Р. Пратканис. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
9. Бендас, Т.В. Психология лидерства: Учебное пособие / Т.В. Бендас. – СПб.: Питер, 2009. – С. 127–137.
10. Берн, Э. Лидер и группа: о структуре и динамике организаций и групп / Э. Берн; [пер. с англ. А. Грузберга]. – М.: Эксмо, 2009. – 512 с.
11. Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии: материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием (Витебск, 2 декабря 2016 г.) / М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет». – Витебск: ВГМУ, 2016. – 289 с.
12. Голованова, И.И. Методика публичного выступления: Учебное пособие. – Казань: Центр инновационных технологий, 2009. – 111 с.
13. Евтихов, О.В. Стратегии и приемы лидерства: теория и практика / О.В. Евтихов. – СПб.: Речь, 2007. – 238 с.

14. Коммуникации в деятельности медицинских работников. Уч. пособие / Под ред. В.А. Решетникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
15. Королева, Е.Г. Деонтология в психиатрии. Учебно-методическое пособие / Е.Г. Королева – Гродно: УО «ГрГМУ», 2009. – 99 с.
16. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – Киев: София, 2001. – 110 с.
17. Леммерман, Х. Учебник риторики. Тренировка речи с упражнениям / Х. Леммерман. – М.: Интерэксперт, 1999. – 256 с.
18. Майерс, Д. Социальная психология /Д. Майерс. – СПб.: Питер, 2007. – 794 с.
19. Орлова, Е.В. Культура профессионального общения врача: коммуникативно-компетентностный подход / Е.В. Орлова. – М.: Форум, 2012.
20. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. – М.: Р.Валент, 2014.– 180 с.
21. Проблемы биоэтики в системе медицинского образования: учебно-метод. пособие / Н.Ю. Коневалова, С.С. Лазуко, И.В. Городецкая, А.П. Солодков / Под ред. В.П. Дейкало. - Витебск: ВГМУ, 2011. - 117 с.
22. Урбанович, А.А. Психология управления: Учебное пособие / А.А. Урбанович. – Мн.: Харвест, 2004. – С. 34–40.

***Нормативные правовые акты Республики Беларусь:***

23. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменением и дополнением, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). – Минск: Амалфея, 2008. – 48 с.
24. О здравоохранении : Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 №2435-ХП: в редакции Закона Республики Беларусь от 20.06.2008 № 363-З. с изм. и доп.

Учебное издание

**Щастный** Анатолий Тадеушевич  
**Глушанко** Василий Семенович  
**Кулик** Святослав Павлович  
и др.

**БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА  
И КОММУНИКАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

**Учебно-методическое пособие**

Редактор А.Т. Щастный  
Технический редактор И.А. Борисов  
Компьютерная верстка и дизайн И.А. Мартинкевич

Подписано в печать 11.06.2018 г. Формат 64×84 1/16.  
Бумага типографская № 2. Ризография. Усл. печ. л. 18,02.  
Уч.-изд. л. 19,38. Тираж 500 экз. Заказ 609.  
Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов медицинский университет»  
ЛП №02330/453 от 30.12.13 г.

пр-т Фрунзе, 27, 210023, г.Витебск